

## ドイツの長期ケアと介護保険

土 田 武 史

1993年6月、介護保険法案がドイツ連邦議会に提出された。1990年秋の保健医療協調行動会議でブリューム連邦労働相が、「介護問題の解決のために新たな社会保険の創設を考えている」と表明してから法案提出まで実に2年半余りかかったことになる。この間、社会保険方式を主張する労働社会省・キリスト教民主同盟(CDU)と民間保険方式を主張する自由民主党(FDP)との対立を軸に多くのさまざまな議論がなされてきた。CDUとFDPの連立与党間の対立は、92年6月に事業主負担の増加の抑制措置を講じることを条件として社会保険方式を導入することでようやく意見の一致をみたが、負担軽減措置の具体策がまとまらず、法案作成には至らなかった。しかもちょうどその頃、医療保険財政の悪化に対処するため、急遽、医療保険の構造改革案が策定され、その審議を急がなければならなかったことと、旧東ドイツ支援にともなう財政赤字の拡大と経済の低迷に直面しつつも、旧東ドイツ経済の再建のためにさらに膨大な費用負担が不可避であることから、連邦・各州・各政党・使用者団体および労働組合等による合意を形成することが喫緊の課題とされたことなどにより、介護保険は一時棚上げの状態を余儀なくされた。その後、92年12月に医療構造法が成立し、93年3月には旧東ドイツ経済再建のための合意(連帯協約)が成立したのをまって再び介護保険の内容について与党間での調整が図

られた。こうして5月末にようやく連立与党3党間の合意が成立し、それに基づき法案の作成が行われ、連邦議会への提出に至ったものである。

連邦政府では今年中に介護保険法を成立させたいとしているが、それについては必ずしも明確な見通しが立っていない。というのは、野党の社会民主党(SPD)は社会保険方式が採用されたことについては賛意を示しているものの、事業主の負担軽減措置として講じられている賃金継続支払制度の改定(待機期間の導入)に対して労働組合等が強く反対しており、連邦参議院で多数を占めるSPD系の各州政府が、労働組合に同調して反対するのか、社会扶助費の縮小という州財政へのメリットを考慮して賛成するのか、予測がつかないからである。

このように介護保険についてはなお大きな曲折も予想されるが、以下では、ドイツにおける長期ケアの実態を概観し、それに対応するべく策定された介護保険法案の概要とその問題点について述べていくことにしたい。

### 1. ドイツにおける長期ケア

#### (1) 「要介護状態」の基準

ドイツの社会保障のなかには「要介護状態」(Pflegebedürftigkeit)になった場合に行われる給付が幾つかあるが、どのような状態になっ

たときに「要介護状態」と判断するかということについては統一された基準が設けられていない。社会扶助法、賠償法、労災保険法、医療保険法あるいは所得税法などの関連法規では、それぞれ異なった定義が行われている。それは、長い間、介護が家族の扶養機能の一部として経済的扶養と一体化されてきたことや、あるいは、社会扶助における介護扶助を例にとると、要介護者の所得水準が扶助を必要とするか否かという判断に基づいて給付されるため、「要介護状態」を明確に特定化する必要性が少なかったことによるものといえよう。しかし、家族の介護機能の低下や経済的扶養との分離が進む一方、要介護者数と介護費用が増大するのにもなると、「要介護状態」を1つの独立した生活リスクとして特定化することが必要となってきた。

「要介護状態」を特定する場合に問題になるのが、一方では「病気」(Krankheit)との相違であり、他方では「単なる援助の必要な状態」(bloße Hilfebedürftigkeit)との区分である。「要介護状態」と「病気」との相違については、「要介護」の場合は必要とされる給付が基礎的介護(Grundpflege. 例えば、衣服の着脱、入浴、食事、家事の世話等)に限定され、治療的介護(Behandlungspflege. 例えば、注射、包帯の取り替え、マッサージ等)を必要としないのに対して、「病気」は医学的な処置が不可欠とされているという説明が行われたり、あるいは、医学的処置によって病気の悪化が阻止され、生命が維持され、病気の苦痛が緩和される場合、それは病気に対する「治療」であって「介護」ではない、という判断がなされている。しかし、実際にはこうした区分は曖昧であり、客観的に区分し得る基準はないとする見解もみられる。ちなみにドイツの公的医療保険では、在宅介護給

付における「要介護」の判断は各保険医の診断に委ねられている(1989年「重度要介護者の範囲の限定に関する疾病金庫連合会の指針」)。

「介護の必要な状態」と「単なる援助の必要な状態」との区分はさらに不明確で、通常は必要とする援助の程度によって区分されている。

「要介護状態」とされる範囲およびその段階については、Socialdata-Institutによる次の4区分が広く用いられている<sup>1)</sup>。

- A (最重度の要介護状態)：常時床についており、集中的な介護、家事上の世話と看護(付添いBetreuung)を必要とする状態
- B (重度の要介護状態)：多くの点で自活が難しく、介護、家事上の世話と看護を毎日必要とするが、部分的には自分自身で活動ができる状態
- C (中度の要介護状態)：それほど集中的でない介護と、部分的に家事上の世話と看護を必要とし、行動範囲が相当程度限定される状態

表1 要介護者が必要とする援助

(単位：%)

|       | 最重度要介護 | 重度要介護 | 中度要介護 |
|-------|--------|-------|-------|
| 起床・就床 | 82     | 58    | 37    |
| 衣服の着脱 | 87     | 73    | 29    |
| 洗顔・理髪 | 87     | 63    | 16    |
| 入浴    | 88     | 74    | 39    |
| 食事    | 69     | 25    | 9     |
| 排尿    | 77     | 16    | 2     |
| 排便    | 81     | 23    | 3     |

資料：Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland. (原資料：Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, Anzahl und Situation zu Hause lebender "Pflegebedürftiger", 1980, S. 75)

D(視覚障害,聴覚障害等):付添いを必要とし、家事上の世話を全てまたは部分的に必要とする人

高齢化にともなう「要介護状態」としては、通常、A~Cがその対象とされている。A~Cの要介護者が、具体的にどの程度の介護を必要としているかについては、表1のような調査結果がみられる。

## (2) 高齢化の進展と要介護者の増大

次に、要介護者の動向について見ておこう。ドイツでは人口の高齢化の進展が著しく、1991年現在、すでに65歳以上人口が1,180万人を数え、総人口の14.9%(旧西ドイツ:962万人,15.5%。旧東ドイツ:218万人,13.3%)を占めているが、2000年には17%を超え、2030年には25%を超えるものと推定されている。ちなみに旧西ドイツの年齢区分別人口の推移と将来推計を日本と比較すると、表2のようになる。日本が急速に高齢化するとともに、2000年から2040年にかけて旧西ドイツと日本が似たような年齢区分

別人口構成になっていくことが示されている<sup>2)</sup>。

高齢化の進展にともなって要介護者数も多くなり、ドイツでは1991年現在、要介護者数が旧東ドイツも含めて165万人(総人口の2.1%)と推定され、その75%が60歳以上の高齢者とされている。年齢が高くなるにつれて要介護者の割合も高くなり、60歳以上80歳未満では5%、80歳以上では20%が要介護状態になるものと推定されている。今後、高齢人口比率の増加にともなって要介護者数もさらに増加していくことになるが、推計では2010年までに25万人の増加が見込まれている<sup>3)</sup>。

## (3) 在宅介護の状況

### ① 在宅要介護者数

165万人と推定される要介護者のうち、施設に収容されている者は45万人で、残りの120万人は在宅で介護を受けているとされている<sup>4)</sup>。また、やや古いですが、1980年のデータによる在宅要介護者の年齢区分別要介護状態の割合を示すと、表

表2 年齢区分別人口の推移と将来推計

(単位:%)

|        | 1950 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050年 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 旧西ドイツ  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| 0~14歳  | 23.5 | 23.2 | 18.2 | 15.1 | 15.5 | 13.2 | 13.4 | 14.9 | 15.2 | 16.7  |
| 15~64歳 | 67.1 | 63.6 | 66.3 | 69.4 | 67.4 | 66.5 | 64.8 | 59.3 | 57.2 | 58.9  |
| 65歳以上  | 9.3  | 13.2 | 15.5 | 15.5 | 17.1 | 20.3 | 21.7 | 25.8 | 27.6 | 24.5  |
| 日本     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| 0~14歳  | 35.4 | 24.0 | 23.5 | 18.2 | 15.2 | 16.4 | 15.5 | 14.2 | 15.3 | 15.7  |
| 15~64歳 | 59.6 | 68.9 | 67.4 | 69.7 | 67.8 | 62.4 | 59.0 | 59.8 | 56.7 | 56.1  |
| 65歳以上  | 4.9  | 7.1  | 9.1  | 12.1 | 17.0 | 21.3 | 25.5 | 26.0 | 28.0 | 28.2  |

資料:西ドイツについては、厚生省大臣官房国際課監修・海外社会保障動向研究会編『海外社会保障動向'92-93』ぎょうせい、131ページ(原資料:OECD, Demographic Data File, medium fertility variant projections. 1980年までは実際の数値, 1990年以降は推計値)。日本については、1990年までは国勢調査人口, 2000年以降は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口—平成4年9月推計—」の中位推計値。

表3 在宅要介護者の年齢区分別要介護状態の割合

(単位：%)

|        | 最重度の<br>要介護状態 | 重度の要<br>介護状態 | 中度の要<br>介護状態 | 計    |
|--------|---------------|--------------|--------------|------|
| 65～79歳 | 0.9           | 2.2          | 4.9          | 8.0  |
| 80歳以上  | 6.5           | 9.3          | 12.6         | 28.4 |
| 65歳以上  | 1.7           | 3.4          | 6.0          | 11.1 |

資料：Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, S.6. (原資料：“Altere Menschen in Nordrhein-Westfalen”. Wissenschaftliche Gutachten zur Lage älter Menschen und zur Altenpolitik in NRW zur Vorbereitung des Zweiten Landsaltenplans.)

3のようになっている。65～79歳層の8%、80歳以上層の28%が家庭で介護を受けており、しかも80歳以上層の16%弱が重度以上の介護を必要としている。なお、これ以外に、視覚障害、聴覚障害およびその他の理由で介護を必要としている者が、65～79歳層で4%、80歳以上層で24.8%いるものとみられており、これを加えると80歳以上層の在宅者の半分以上が何らかの介護を必要としていることになる<sup>5)</sup>。

このように在宅介護者が多い理由としては、在宅介護が施設介護に優先するという原則があること、施設介護を受けた場合の費用負担が大きいこと、家族の中には施設介護に抵抗感を抱く者が少なくないことなどがあげられる。

在宅で介護を受けている者の所得水準をみると、1985年の調査では居住者1人1カ月当たりの純所得が1,000マルク未満という家計が50%以上を占めている。また、居住条件も劣っており、風呂もシャワーもない住宅が7%（一般住民の場合、4.5%）、集中暖房でない住宅が27%（同、21%）、住居内にトイレのない住宅が3～4%となっている<sup>6)</sup>。所得状況からいって社会扶助の受給者が多く、1989年には在宅要介護

者の20%強にあたる255,000人（男性94,000人、女性161,000人）が社会扶助を受給し、その総額が12億マルクとなっている<sup>7)</sup>。

## ② 家族介護

高齢者の在宅介護のなかで最も大きなウェイトを占めているのが、いわゆる家族介護である。1989年の調査によると、要介護者のいる世帯数は旧西ドイツで926,000世帯あり、そのうち58%は同居の家族から、25%は別居の家族から何らかの援助・介護を受けていた<sup>8)</sup>。ドイツでも家族介護の主な担い手は女性である。妻や娘の「見えない仕事」として女性による無償の家族介護が根強く残っており、家族介護者の4分の3は女性となっている。しかし、近年、高齢者人口が増加する一方、女性の就業率が上昇するにつれて、女性の潜在的な家族介護能力が著しく低下してきている。家族介護の主な担い手である45～60歳の女性についてみると、1925年には65歳以上の人口1,000人に対して45～60歳の女性が1,400人の割合となっていたのが、1985年にはその数が670人と半分以下に減少しており、さらに2000年には540人、2030年には335人にまで低下することが予測されている<sup>9)</sup>。

このような状況のなかで、家族介護は次第に「見える仕事」として取上げられるようになり、世帯または介護者個人の所得税控除が行われたり、介護休暇が設けられたり、医療保険のなかに在宅介護給付（現金給付の選択もできる）が導入されたりしている。これらは、女性の潜在的介護能力をもっと引き出すための対策でもある。介護保険もそうした対応の1つであることはいうまでもない。また、そうした変化に加えて、全てを家族が背負うという形での家族介護は次第に不可能となってきたのにもなって、それを補完しあるいは代替する在宅介護サービ

スへの需要が高まってきた。ソーシャルステーションによる訪問サービス、デイ・ケア・ホームやショート・ステイといった施設・制度がそれである。ドイツでもこれからの家族介護はさまざまな在宅介護サービスと結びつきながら行われていくと思われるが、家族の多様な事情に即したサービス・メニューがまだ少なく、費用の面でも個人負担が大きく、なお多くの課題が残されているといえよう。

### ③ ソーシャルステーション

ソーシャルステーション (Sozialstation) は、病人の看護・老人介護・家事援助のための訪問サービスをはじめ、孤独・孤立を回避するためのコミュニケーションの促進、買物や修理などの各種サービス、その他多様な活動を展開しており、在宅福祉サービスの中核として大きな位置を占めている。その主要な担い手である民間福祉団体、組織の構成などについては日本でもすでに多くの紹介が行われているので、ここでは省略する。

ソーシャルステーションと一口にいってもその人員構成や活動内容が地域によってさまざまであり、全体の詳細な把握は難しいが、1987年の旧西ドイツの調査によると、その数は3,889でさらに増加傾向にあるとされている。また、その活動内容は、病人看護が89%、老人介護が75%、家事援助が49%、その他（食事の世話、話相手、車椅子等での散歩など）が40%などとなっている<sup>10)</sup>。

ソーシャルステーションの活動の特徴は、要介護者の状態やニーズに応じて保健・医療と介護、さらには家事援助やコミュニケーション・サービスといったことが一体的に行われていることである。日本でも保健・医療と福祉の連携が重視されているが、ドイツではそれがソーシ

ャルステーションの在宅サービスを通じて行われているということができよう。とくに1989年に医療改革法で在宅介護給付が導入されたことにより、それまで医療サービスのみが保険給付の対象となっていたのが改められ、在宅介護サービスも保険給付の対象となったことの意義は大きい。在宅介護給付を現金給付として選択するものが多いが、医療面の給付と合わせて介護サービスとして選択するケースも増えてきており、今後、ソーシャルステーションの役割はますます大きくなっていくものと思われる。

このようにソーシャルステーションは在宅サービスのネットワークの拠点となっているが、その大部分が民間福祉団体の自由な設置によることから、地域による格差が大きい。例えば、住民1万人当たりの介護要員数をみると11人（ブレーメン州）から2.5人（ザールラント州）まで差があり、65歳以上人口1万人当たりの介護要員数では5.4人（ブレーメン州）から1.7人（ヘッセン州）までの差がある。今後、こうした格差を縮小していくことが課題とされている<sup>11)</sup>。

また、ソーシャルステーション以外にも、在宅介護を支援する施設や制度がある。古くから農村地域の在宅介護サービスを行ってきた市町村疾病介護ステーション (Gemeindekrankenpflegestation)、食配サービス (Essen auf Rädern)、移動サービス (Mobile Dienste)、訪問サービス (Besuchsdienste) など多様なサービスがみられる。

### ④ デイ・ケア・ホーム、デイ・センター、ショート・ステイ等

在宅介護を促進していくためには、要介護者本人をできるだけ自立させ、介護にあたる家族等の負担を軽くすることが必要である。そうした

表4 デイ・ケア・ホームの施設数および定員数の推移 (旧西ドイツ)

(単位:カ所, 人)

| 州                 | 1979年12月 |     | 1984年8月 |     | 1988年11月 |     |
|-------------------|----------|-----|---------|-----|----------|-----|
|                   | 施設数      | 定員数 | 施設数     | 定員数 | 施設数      | 定員数 |
| バーデン・ヴュルテンベルク州    | 2        | 30  | 6       | 68  | 14       | 169 |
| バイエルン州            | 1        | 12  | 3       | 25  | 11       | 104 |
| ベルリン (西)          | —        | —   | 1       | 36  | 1        | 24  |
| プレーメン州            | —        | —   | 3       | 51  | 2        | 35  |
| ハンブルク州            | 2        | 28  | 2       | 28  | 1        | 8   |
| ヘッセン州             | 4        | 106 | 7       | 138 | 11       | 231 |
| ニーダーザクセン州         | —        | —   | —       | —   | 1        | 12  |
| ノルトライン・ヴェストファーレン州 | 2        | 21  | 5       | 80  | 12       | 166 |
| ラインラント・プファルツ州     | 1        | 30  | 2       | 46  | 2        | 60  |
| ザールラント州           | —        | —   | —       | —   | 1        | 36  |
| シュレスヴィヒ・ホルシュタイン州  | 1        | 10  | 3       | 20  | 2        | 29  |
| 計                 | 13       | 237 | 32      | 492 | 54       | 801 |

資料: Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, S. 27. (原資料: Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des BMFJG, Band 249, 1990)

ことからドイツでも、家庭と施設との中間に位置する介護のかたちが求められるようになってきた。老人を昼間だけ預かり必要な介護や身の回りの世話、食事の提供、リハビリテーションなどを行うデイ・ケア・ホーム (Tagespflegeheim) をはじめ、老人の孤立化・孤独化を避けるためのコミュニケーション施設としてのデイ・センター (Altentagsstätte)、趣味活動などを通じて老人の交流を図る老人クラブハウス (Altenbegegnungsstätte)、さらに家族など介護者の休暇や病気などに際して短期間の入所介護を行うショートステイ (Kurzzeitpflegestätte)、退院後のリハビリテーション等を援助するための通所クリニック (Tagesklinik) などがそれである。

これらの中間施設に関する情報収集が不十分で、設置数や費用、利用状況などの実態はよくわからない。また、中間施設は、病院・老人介護ホーム等施設・家庭との間の有機的な連携を強め、老人たちが中間施設を活用しながら病院・ホーム・家庭間を移動していくところに大

きな意義があるが、それらの状況もよくわからない。しかし、数カ所の施設での聞き取り調査や、デイ・ケア・ホームの施設数および定員数の推移を示した表4からみる限り、ドイツの中間施設の展開はまだ不十分で、施設間移動もほとんど行われていないように思われる。デイ・ケア・ホームの数は増加傾向にあるといえるが、1988年時点で旧西ドイツ全体の施設数が54カ所、定員数が801人というのはきわめて少なく、また、1984年から88年にかけて施設数や定員数が減少している州もみられる。これらの施設はまだモデル的な段階にとどまっており、試行錯誤の状態が続いていることをうかがわせる。

なお、これらの中間施設の利用に対して医療保険の在宅介護給付は適用されていない。

#### (4) 施設介護の状況

##### ① 施設の概要

ドイツの老人介護施設は、老人居住ホーム (Altenwohnheim)、老人ホーム (Altenheim)、

表5 老人ホームの経営主体別・種類別施設数および収容人員数 (旧西ドイツ, 1989年6月末現在)

(単位:カ所, 人, %)

|                       | 老人居住ホーム       |                   | 老人ホーム           |                    | 老人介護ホーム        |                   | 複合施設 <sup>2)</sup> |                    | 計               |                    |
|-----------------------|---------------|-------------------|-----------------|--------------------|----------------|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
|                       | 施設数           | 人員数               | 施設数             | 人員数                | 施設数            | 人員数               | 施設数                | 人員数                | 施設数             | 人員数                |
| 民間非営利団体 <sup>1)</sup> | 311<br>(49.6) | 26,081<br>(50.7)  | 1,077<br>(50.9) | 83,523<br>(66.5)   | 476<br>(38.3)  | 41,578<br>(49.7)  | 1,620<br>(61.8)    | 177,993<br>(71.0)  | 3,484<br>(52.7) | 329,175<br>(64.4)  |
| 行政 (公営)               | 263<br>(41.9) | 20,490<br>(39.9)  | 329<br>(15.5)   | 26,157<br>(20.8)   | 117<br>(9.4)   | 15,292<br>(18.3)  | 261<br>(10.0)      | 34,115<br>(13.6)   | 970<br>(14.7)   | 96,094<br>(18.8)   |
| 民間営利団体                | 53<br>(8.5)   | 4,843<br>(9.4)    | 710<br>(33.6)   | 15,875<br>(12.6)   | 651<br>(52.3)  | 26,811<br>(32.0)  | 740<br>(28.2)      | 38,649<br>(15.4)   | 2,154<br>(32.6) | 86,178<br>(16.8)   |
| 計                     | 62<br>(100)   | 51,414<br>(100.0) | 2,116<br>(100)  | 125,555<br>(100.0) | 1,244<br>(100) | 83,681<br>(100.0) | 2,621<br>(100)     | 250,797<br>(100.0) | 6,608<br>(100)  | 511,447<br>(100.0) |

注: 1) いわゆる民間福祉6団体を指す。

2) この中には、老人居住ホーム、老人ホームおよび老人介護ホームが含まれているが、それぞれの収容人員数で見ると、おおそ老人介護ホームが50%、老人ホームが35%、老人居住ホームが15%の割合となっている。

資料: Kuratorium deutscher Altershilfe Presse- und Informationsdienst, Heimkonzepte der Zukunft, Feb. 1991. S. 5-6.

老人介護ホーム (Altenpflegeheim) の3つの類型に区分されている。また、それらが隣接した敷地内に同一の経営体と人員によって運営されている複合施設 (Mehrgliedrige Einrichtungen) も多く設立されている。それらの老人介護施設の数と定員数を経営主体別に示すと、表5のようになっている。いわゆる民間福祉6団体 (労働者福祉団, ドイツ・カリタス連盟, ディアコニー事業, ドイツ赤十字, ドイツ・パリタティッシュ福祉事業団, ユダヤ人中央福祉会) が施設数の53%, 収容人員数の64%を占め、先のソーシャルステーション等の活動も含めて、ドイツにおける社会福祉サービスの中心的な役割を担っている。各施設について若干のコメントをしておこう。

老人居住ホームは、自分で生活できる老人のために、老人の特別な必要に応じた設備を備えた居住空間を提供し、必要に応じて食事や家事および一時的な介護も行うことができるホームである。日本の軽費老人ホームに相当する。利

用料金は地域の平均的な賃貸料にほぼ等しいが、一部は低料金にしているものもある。

老人ホームは、常時介護を必要とするほどではないが、自分で生活できない老人のために、宿泊、給食、身の回りの世話 (洗濯、掃除等)、必要に応じた介護等を提供するホームである。日本の養護老人ホームに該当する。最近の傾向として、介護需要が高くなっており、従来型の老人ホームから老人介護ホームに転換するところが増えている<sup>12)</sup>。入所料金は月額2,000~2,300マルク (1991年価格) のところが多い。

老人介護ホームは、病気、衰弱または身体的障害のために介護を常時必要とする老人に対して、宿泊、給食、身の回りの世話および介護を提供するホームで、老人の施設介護の中心的な役割を果たしている。日本の特別養護老人ホームに相当する。相部屋で簡素で画一的ないわゆる「病院モデル」 (Krankenhausmodell) による施設が今日でも多くみられるが、個室で入所者自身の家具調度を配置したり、ニーズに応じた

さまざまなサービスを提供する施設も次第に多くなっている。また、最近、入所者の高齢化(平均年齢は80歳を超えている)とニーズの多様化にともなって、介護労働が次第に過重になっているのが問題となっている。老人介護ホームの需要の増大に対応して介護要員を確保していくためには、労働時間の短縮をはじめとして労働条件の改善が必要とされている<sup>13)</sup>。料金は要介護状態に応じて段階を設けている場合と一律の場合があるが、平均すると月額3,500~4,000マルクとなっている。

ドイツの老人介護ホームについて、要介護者1人1日当たりの経費をみると、表6のようになっている。これはデュッセルドルフおよびケルン地域の790カ所の施設の実態調査をもとに算出したもので、ベッド数が100の近代的施設で

表6 老人介護ホームにおける要介護者1人1日当たりの経費とその内訳  
—近代的施設で重度要介護者を介護した場合—

(単位：マルク)

|                   | 1日当たり経費         |
|-------------------|-----------------|
| 人件費               | 115.31 (73.6%)  |
| 介護人・付添い           | 84.09           |
| 給食・洗濯・掃除・営繕       | 22.77           |
| 管理・事務             | 8.45            |
| 物品費               | 17.93 (11.5%)   |
| 食料品               | 7.34            |
| 水道・光熱             | 6.02            |
| 医療看護・介護用物品        | 1.50            |
| 営繕                | 1.25            |
| その他               | 1.82            |
| 施設費               | 23.33 (14.9%)   |
| (維持費・利子地代等・減価償却費) |                 |
| 計                 | 156.57 (100.0%) |

資料：Uwe Steinkrüger, Personalkosten und Zinsen treiben die Pflegesätze hoch, in: Landschaftsverband Rheinland (hrsg.) *diesmal*, 1992, S.61.

重度要介護者2.7人に1人の割合で介護要員が配置されている場合のコストである。1日当たり総額が156.57マルクで、そのうち人件費が最も高く74% (そのうちの70%強が介護士や付添人等の費用) を占め、物品費が11%、施設費が15%となっている<sup>14)</sup>。

## ② 費用負担

ドイツでは日本の措置制度のような行政の関与や国庫補助金はなく、老人介護施設への入所は入所者と施設との間の自由な契約によるものであり、その費用についても入所者が自ら負担するのが原則となっている。しかし、高齢者の主な所得である年金をみると、標準的高齢年金額(平均的な賃金で45年加入した場合の年金額)で月額1,800マルク程度であり、年金だけでは月額3,500~4,000マルクという利用料金を払うことはできない。そのため預金や資産により支払ったり、家族が援助することとなるが、そうした状態を続けることができなくなると、社会扶助の適用を受けることになる。平均的な所得水準の者でも入所後は費用をまかないきれない場合が多く、現在、施設入所者の70%は社会扶助の受給者となっている。

入所者の費用負担が過重となる一方で、社会扶助を行う地方公共団体の負担も増大し、1989年には施設入所者の社会扶助受給者が271,000人(男性74,000人、女性197,000人)で扶助額は79億マルクにのぼっている。先にも述べたが、在宅要介護者の社会扶助受給者は255,000人で12億マルクが支出されている。今後、要介護者が増加するとともに介護費用もさらに高くなり、地方公共団体の負担はますます重くなっていくことが見込まれている。介護保険の目的の1つは、このような負担を軽減化することにある。



## 2. 介護保険の動向

### (1) 介護保険をめぐる経緯

ドイツで老人介護問題が社会的に論議されるようになったのは1970年代の中頃からで、それまでは年金や医療に比べて老人介護に対する社会的関心が低かった。1970年代に入って、福祉関係団体や地方自治体の間から、社会扶助費用の増大とも関連して介護施設の費用負担問題について社会的な対策を求める声が高まり、老人介護の費用を誰がどのように負担するのかという点に関してさまざまな提案が行われ、次第に社会的関心を集めるようになった。

1974年にはドイツ老齢福祉評議会が、介護費用を全て公的医療保険で支給することを提案したのに続いて、76年には労働者福祉団が、本人（宿泊と食事の費用）・医療保険（介護費用）・地方自治体（その他の費用）の三者負担方式を提案した。1977年から連邦青少年家庭保健省が州政府と共同で、訪問介護と施設介護の構築と財政に関する調査を行い、80年にはその報告書を発表した。そこでは老人介護費用の現状を整理したうえで、費用負担の最も適切で公平な方法として公的介護保険方式をあげていた。82年にはノルトライン・ヴェストファーレン州の社会扶助事務組合が公的医療保険を活用した公的介護保険を提案し、83年には市町村会や民間福祉団体が介護費用の財源問題について連邦政府に取り組みを求めた。

そして1983年、ドイツ公私福祉連盟が老人介護費用の調達に関して、公的医療保険のもとでの介護保険の創設を提案した。これ以降、介護保険が現実的にも可能な対策として論議の対象となり、介護費用をめぐるさまざまな具体案

が提起されるようになった。介護保険をめぐる論議が高まるなかで、84年に連邦政府は「介護ニーズに関する政府報告」を発表し、老人介護の現状を分析し問題の所在を明らかにするとともに、現行制度に基づく対応策の改善によって問題解決を図る方針であることを示唆した。

この頃から老人介護をめぐる議論は、単なる費用負担問題から介護のあり方をめぐる問題へと次第に広がりを見せるようになった。とくに要介護老人の在宅介護が重視され、それに関連して病院の長期入院の是正や、在宅介護の支援のためのデイ・ケア・ホーム等の中間施設などについて関心が向けられた。1989年の医療改革法における在宅介護給付の導入は、在宅介護支援の1つの具体化であった。その内容は、在宅の重度要介護者を対象に、①1カ月に25時間を限度として訪問介護サービスに係わる費用を医療保険が負担する（ただし、月額750マルクを限度とする）。現金給付の選択も可能で、その場合の給付額は月額400マルクとする。②在宅要介護者を介護する家族等の休暇や病気の際に、年に4週間を限度として代替介護サービスを行う（ただし、年間1,800マルクを限度とする）というものである。続いて、92年の年金改革法で、家族のためあるいはボランティアで介護を行う者に対して、その間、年金保険の強制加入期間とみなすという措置が設けられ、また、所得税法では1990年から家庭で親族を介護している場合や家政婦を雇ったり介護施設に入所した場合の控除制度の改善が行われた。

その後、1990年にブリューム連邦労働社会相が介護保険の創設を提案し、それを契機に多くの議論が展開された。その概要についてはすでに紹介したことがあるので<sup>15)</sup>、ここでは省略し、次に政府が国会に提出した介護保険法案につい

てみていくことにしたい。

## (2) 介護保険法案の概要

介護保険法案の概要を列記すると、以下のとおりである。なお、⑦は事業主の費用負担の軽減措置のために講じられた賃金継続支払法の改定案である。

### ① 被保険者

a) 全国民が加入義務を負う。ただし、公的医療保険と同様の加入義務の免除措置を設ける（例えば、自営業者、官吏、保険料算定限度額以上の所得のある被用者については加入義務が免除される）。被保険者の18歳未満の子および就労していない配偶者は、保険料負担なしで家族被保険者となる。

b) 加入義務の免除は、民間介護保険に加入していることが条件とされ、現在民間医療保険に加入しているものはすべて民間介護保険にも加入しなければならない。

c) すでに要介護状態にある者も、特別の条件なしに直ちに被保険者となり、待機期間なしに要介護状態に対応した介護が受けられる。保険料は他の被保険者と同じ基準にしたがって負担する。

d) すでに高齢に達している者も、特別の条件なしに被保険者となる。

### ② 給付

a) 給付は在宅介護および施設介護を対象に要介護状態に応じて行われる。なお、在宅介護が施設介護に優先する。

b) 要介護状態の区分は、次の3段階とする。

第1段階（中度の要介護状態）：

週に数回の介護が必要な状態

第2段階（重度の要介護状態）：

毎日介護が必要な状態

第3段階（最重度の要介護状態）：

1日に数回、昼夜の介護が必要な状態

c) 在宅介護給付は、現金給付（介護手当）または現物給付（介護サービス）を要介護状態の区分に応じて支給する。

[介護手当] 第1段階：月額400マルク

第2段階：月額800マルク

第3段階：月額1,200マルク

[介護サービス] 他の適切な方法で介護が受けられない場合、月額2,100マルクを限度として、ソーシャルステーションから月に25時間、50時間、75時間の介護サービスを受ける。

[代替介護サービス] 現行の医療保険給付で行っている、家庭で介護する家族等の休暇期間中の代替介護サービスを行う（年間4週間を限定）。

在宅介護給付は、1994年1月1日から実施する。

d) 施設介護給付は、月額2,100マルクを限度として、介護に要する費用を負担する。居住および食事の費用は被保険者が負担することとし、その全てを負担できない場合には残りの費用について社会扶助から支給する。施設介護給付は、1996年1月1日から実施する。

### ③ 財源

a) 給付財源は、賦課方式による保険料によって賄われる。介護施設の経済的な経営と施設間の競争条件の均等化を図るため、一元的な財源調達方式とし、投資的費用と経常的費用の双方を介護給付の利用料金に含

めるものとする。

- b) 保険料は被保険者の所得に応じたものとし、保険料算定限度額は医療保険と同一とする(旧西ドイツ：月額5,100マルク，旧東ドイツ：月額3,600マルク)。保険料率は全国一律とし、1994年1月1日から1.0%、96年1月1日から1.6%とする。保険料は労使折半負担とする。年金受給者については年金保険者が使用者分を負担する。
- c) 介護保険に要する費用は、在宅介護に123億マルク、在宅介護を支援するための追加的援助に1億マルク、施設介護に97億マルク、介護者のための社会保障に30億マルク、合計251億マルクと見積もられている。

#### ④ 保険者

介護保険の保険者は独立した公法人として、当事者自治の原則に基づいて管理運営される。公的医療保険の保険者である疾病金庫が介護保険の保険者となり、医療保険の制度的な枠のなかで運営を行う。

#### ⑤ 社会扶助の軽減分からの介護施設整備費用への振り替え

州および市町村は、介護保険の導入により、社会扶助の負担が相当程度軽減されることとなるので、その軽減した費用の一部(年間30億マルク程度)を介護関係設備の整備にあてることとする。これにより介護施設の費用負担が軽減され、要介護者と介護保険にもプラスの効果をもたらすことになる。

#### ⑥ 家庭で介護にあたる者の社会保障

介護に従事する期間も年金保険の対象とし、年金保険料は介護保険の保険者が負担する。また、介護への従事を労災保険の対象とする。

#### ⑦ 事業主の費用負担軽減のための措置

a) 被保険者が病気休業した場合、1疾病につき最初の2日間を賃金継続支払いのための待機期間とする。待機期間は年間6日までを限度とする。この賃金継続支払いの制限は、官吏もその対象となる。

b) 上記の賃金継続支払いの対象とならない病気休業日を長期休暇期間から差し引くことで代替することもできる。

c) 妊娠および労働災害、職業病により休業する場合は、待機期間は適用されない。

#### (3) 介護保険の意義と問題点

新たな社会保険として介護保険を導入する意義としては、第1に、「要介護状態」という生活リスクへの対応が、補足性の原則による「扶助原則」(Fürsorgeprinzip)から社会連帯に基づく「社会保険原則」(Sozialversicherungprinzip)に転換することがあげられる。これは財源対策からみると、個人負担を原則とし、それで賄いきれない部分を税による公費負担で対応するという方式から、社会保険の導入によって労使の保険料負担に切り替えることを図ったものということができよう。

第2に、介護保険でも賦課方式が採用されたことにより、すでに要介護状態の者や高齢になっている者も被保険者となり、また低所得者・扶養家族の多い者・健康上のリスクの大きい者・加入年齢の高い者などにとって、相対的に低い保険料負担となったことがあげられる。賦課方式が採用されたことについては、介護が家族の世代間扶養として行われてきたことに加えて、ドイツ社会の基底をなす世代間連帯に基づく考え方が強く作用したものと思われる。これにより「介護の社会化」が一段と進むことが予想される。

第3には、介護保険の導入によって、保健・医療と福祉の連携が図られたことである。とくに介護保険が医療保険の屋根の下で運営されることにより、要介護者に対して医療面の給付と介護面の給付を同時に保険給付として行うことが可能となった。

一方、介護保険の問題点としては、社会保険料の事業主負担の問題がある。FDPや経営者連盟が民間保険方式を強く主張したのも、民間保険の場合には事業主負担がないことに大きな理由があった。確かに、要介護リスクとの関連から事業主負担の妥当性を主張することは難しく、一般的には社会国家における雇用関係から生じる事業主の保護義務の1つとして事業主負担が主張されている。しかしそうした論拠はともかく、現実問題としては、社会保険方式を導入するための条件として事業主負担の軽減措置を設けることが認められたことから、賃金継続支払制度における「待機期間」(Karenzzeit)の導入が企図されているのであるが、これに対しては労働組合が強く反対している。そのため法案が成立するか否かも明確でないことは最初にふれたところである。

第2に、公的介護保険等の導入により、社会全体としての介護費用が増加していくことを懸念する声もある。これは、いわゆるモラル・ハザードの主張とも関連している。確かに、そうした主張を裏付ける事実がないわけではないが、しかしそのこと自体が介護保険の導入による介護の社会化の必要性を否定する根拠にはなり得ないと思われる。

#### 注

- 1) Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, 1991, S. 7. (原

資料: Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, *Anzahl und Situation zu Hause lebender "Pflegebedürftiger"*, Schriftenreihe des BMJFG Band 80, 1980.)

- 2) ドイツの人口の将来推計については、65歳以上人口が2000年には総人口の18%を超え、2030年には28.3%に達するという数値も出されている (*Arbeit und Sozialpolitik*, Mai 1988, S. 170)。
- 3) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *sozialpolitische Informationen*, 9. August 1991.
- 4) Ebenda.
- 5) Maydell, a. a. O., S. 7. (原資料: *Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen; Wissenschaftliche Gutachten zur Lage älterer Menschen und zur Altenpolitik in NRW zur Vorbereitung des Zweiten Landaltenplans.*)
- 6) Reinhard Thiede, Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen, *Sozialer Fortschritt*, 1988, S. 250.
- 7) Heinz Niedrig, 3.35 Millionen Sozialhilfeempfänger, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, Juni 1990, S. 233.
- 8) 健康保険組合連合会社会保障研究室「介護保険創設をめぐる動き」『健康保険』1992年6月号, 29ページ。
- 9) Maydell, a. a. O., S. 5.
- 10) Maydell, a. a. O., S. 26.
- 11) Ebenda.
- 12) Einrichtungen und Dienste für ältere Menschen, *heim und anstalt*, Mai 1990, S. 112-117.
- 13) Ebenda.
- 14) Uwe Steinkrüger, Personalkosten und Zinsen treiben die Pflegesätze hoch, in: *Landchaftsverband Rheinland* (Hrsg.), *diesmal*, 1992, S. 61.
- 15) 拙稿「ドイツにおける介護保険の動向」『週刊社会保障』1672号, 1992年。

(つちだ・たけし 早稲田大学助教授)