

介護保険の展開と新政権の課題

土田 武史

■ 要約

ドイツで公的介護保険が施行されてから10年余りが過ぎた。その間、介護保険は順調に推移し、国民の生活の中に定着したが、幾つかの注目すべき変化がみられる。高齢化につれて要介護者が増加するとともに、重度の要介護者を中心に在宅から施設に移行する傾向がみられる。在宅介護では介護手当受給者が70%を占めているが、在宅介護のウエイトの低下にともない、費用面では施設介護が給付費の50%を超えている。それにより、1999年以降は支出が収入を上回り、資金保有額も1998年の49.9億ユーロから2005年には30.5億ユーロにまで減少した。財政対策が求められる一方、介護の質の確保、認知症対策等の給付改善も課題となり、先の総選挙では各党の公約にその改革案が掲げられた。連立政権における政策協定で、賦課方式を補完する積立方式の導入、公的保険と民間保険との財政調整、給付上限額の引き上げ、介護の質の確保策、認知症対策などが合意され、その実施が予定されている。

■ キーワード

介護の質の確保、認知症対策、財政対策

はじめに

1995年にドイツで公的介護保険法が施行されてから10年余りが経過した。10年目を迎えた昨年4月、介護保険を管轄する連邦保健省のウラ・シュミット大臣は、「今や介護は社会保険の主要な柱となり、介護保険は社会保障の不可欠の一分野になっている」と述べ、介護保険の導入によって、200万人の要介護者が給付を受けており、介護施設も改善され、さらに25万人の雇用を創出しているとして、その成果を誇った¹⁾。

また、やや話は遡るが、2001年に行われたドイツの福祉国家体制に関する世論調査のなかで、さまざまな生活事故に対して社会保険はどの程度の役割を担っているかという問いに対して、「きわめて重要」および「重要」という回答が最も多かったのが介護保険(63%)で、最も低かった失業保険

を20%ほど上回った。年齢階層別にみても、性別にみても、介護保険は最も高い比率を占めており、介護保険に対する国民の評価が高いことを示している²⁾。

この10年余りを振りかえると、介護保険は実施直後に要介護認定などをめぐる混乱があったものの、順調に推移してきたようにみえる。医療保険、年金保険、失業保険などほかの社会保障分野では多くの問題を抱え、その改革をめぐって激しい議論が行われるなかで、介護保険については政党間の対立も少なく、大きな議論になることはなかった。しかし、もちろん問題がなかったわけではない。人口の高齢化が進み、要介護者が増えるとともに、在宅介護においても施設介護においても介護の質の確保が大きな課題として取り上げられた。それに関連して、介護専門職の育成と確保、在宅介護を支援するデイケア、ショートステイな

どの基盤整備、介護施設と病院との連携などが求められるようになった。また、大幅な黒字でスタートした介護保険財政は、給付費が増大する一方、保険料収入が伸び悩み、数年後には赤字に転落した後、年々その額が拡大し、保険財政の見直しが課題となっている。

2005年9月に行われた連邦議会選挙で、社会保障改革が争点の1つとなり、各政党は選挙公約の中でその対応策を掲げ、介護保険もその1つに取り上げられた。選挙後、社会民主党とキリスト教民主/社会同盟の連立内閣が成立し、両党間の連立協定に基づいて政策が施行されることとなり、介護保険も給付面、財政面などで新たな取り組みが行われることとなった。

以下では、介護保険の被保険者と受給者、保険給付、保険財政の状況を概観し、その特徴と問題点をみした後、介護保険における課題として介護の質の確保策と社会扶助への影響を取り上げ、最後に新政権下における介護保険対策について検討することにした。

I 介護保険の概況

1. 被保険者数および受給者数の動向

最初に、介護保険の被保険者数と受給者数の状況を見ておこう(表1)。2004年に公的介護保険と民間介護保険³⁾を合わせた被保険者総数(家族も含む)は、総人口8,250万人の約96%を占めて

いる。ドイツの介護保険は医療保険の傘の下にあって、公的医療保険の保険者(疾病金庫)が公的介護保険の保険者(介護金庫)を兼ねていることに対応して、公的医療保険の被保険者は公的介護保険の被保険者となり、民間医療保険の被保険者(医療保険では任意加入)は民間介護保険の被保険者となることが義務づけられており、ほぼすべての人びとがいずれかの介護保険に加入する仕組みになっている⁴⁾。したがって、介護保険は、民間介護保険の被保険者を含む形ではあるが、実質的にはほぼ国民皆保険に近い制度になっている。

1996年から2004年までの推移をみると、公的介護保険の被保険者が約200万人減少して、民間介護保険の被保険者が約170万人増加している。ドイツでは一定所得額以上の被用者や自営業者などは、任意加入者として公的医療保険に入るか民間医療保険に入るかの選択権を有しているが、公的医療保険の保険料率の上昇などを背景に民間医療保険への移動が多くなっている。介護保険における被保険者数の変化は、そうした医療保険の動きを反映したものとみられる。任意加入者は一般に所得が高く、要介護リスクの低い者が多いことから、彼らの移動が公的介護保険と民間介護保険との間の財政格差をもたらし、その調整を促す要因となっている。

受給者数については、公的介護保険でも民間介護保険でも増加傾向がみられる(表1)。特に施設介護(完全入所介護をいう。以下同じ)の受給者

表1 被保険者数・受給者数の推移

	被保険者数(千人)			受給者数(千人)					
	社会保険	民間保険	計	社会保険			民間保険		
				在宅	施設	計	在宅	施設	計
1996	72,264	7,360	79,624	1,162	385	1,547	66	23	89
2000	71,338	8,130	79,468	1,261	561	1,822	70	27	97
2004	70,293	9,040	79,333	1,297	629	1,926	81	38	119

資料出所：社会保険の数値はBMGS, Statistisches Taschenbuch 2005, Tab.8.18, 民間保険の数値はZahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 01/2000&01/2006.

表2 介護度別受給者数の推移

(千人, %)

	在宅介護				完全施設介護			
	介護度I	介護度II	介護度III	計	介護度I	介護度II	介護度III	計
1996	508	507	146	1,162	112	163	110	385
	43.8	43.7	12.6	100.0	29.1	42.3	28.6	100.0
2000	682	448	131	1,261	211	235	116	561
	54.1	35.6	10.4	100.0	37.6	41.8	20.6	100.0
2004	746	427	124	1,297	245	259	125	629
	57.5	32.9	9.6	100.0	39.0	41.2	19.9	100.0

資料出所：1996年、2000年は、BMGS, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S.115, 2004年は、BMGS, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/06), S.2.

表3 給付の種類別受給者数の推移

	1996 ¹⁾	2000	2004
介護手当(現金給付)	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)
介護サービス(現物給付)	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)
コンビネーション給付	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)
介護休暇	6,805 (0.4)	6,313 (0.3)	12,145 (0.6)
デイケア&ナイトケア	3,639 (0.2)	10,287 (0.5)	15,045 (0.8)
ショートステイ	5,731 (0.4)	7,696 (0.4)	9,989 (0.5)
完全施設介護	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)
障害者施設の完全施設介護	5,711 (0.4)	55,641 (3.0)	65,052 (3.3)
計	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (100.0)	1,983,363 (100.0)

注：1) 完全施設介護の給付は1996年7月から開始された。
資料出所：BMGS, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

の増加が著しい。このうち、公的介護保険について介護度別受給者数の推移を示したのが、表2である。在宅介護でも施設介護でも介護度Iの増加が著しく、2004年には受給者全体の51%を占めている。介護度IIおよび介護度IIIは、在宅介護では受給者数そのものが減少しているのに対して、施設介護では逆に受給者数が増加しており、重度の要介護者は在宅介護から施設介護へと徐々に移行する傾向がみられる。こうした傾向は後期高齢者が増加していることや、要介護状態が重度になるにつれて配偶者など家族による介護が次第に困難になってきていることによるものとされている。

2. 保険給付の状況

次に、保険給付の状況をみておこう。表3にみられるように、在宅介護では、介護手当を受給する者が最も多く、1996年から2004年の間に1万5千人ほど増大しているが、受給者総数に占める割合は60.4%から48.4%へと大きく低下している。しかし、在宅介護受給者だけで見ると、介護手当の受給者は1996年の78.6%から2004年の70.1%への低下にとどまっており、依然として大きな割合を占めている。それに対して、介護サービスおよび介護手当と介護サービスのコンビネーション給付の受給者は、1996年から2004年の間に合わせて13万人ほど増加しているが、在宅介護受給者に

表4 保険給付費の推移

(億ユーロ, %)

	1996	2000	2004	2005
介護手当(現金給付)	44.4 (43.1)	41.8 (26.4)	40.8 (24.3)	40.5 (23.9)
介護サービス(現物給付)	15.4 (15.2)	22.3 (14.1)	23.7 (14.1)	24.0 (14.1)
介護休暇	1.3 (1.3)	1.1 (0.7)	1.7 (1.0)	1.9 (1.1)
デイケア&ナイトケア	0.3 (0.3)	0.6 (0.4)	0.8 (0.5)	0.8 (0.5)
ショートステイ	0.9 (0.9)	1.4 (0.9)	2.0 (1.2)	2.1 (1.2)
介護者の社会保障給付	9.3 (9.1)	10.7 (6.7)	9.3 (5.5)	9.0 (5.3)
介護補装具等	3.9 (3.8)	4.0 (2.5)	3.4 (2.0)	3.8 (2.2)
完全施設介護	26.9 (26.2)	74.8 (47.2)	83.5 (49.8)	85.2 (50.2)
障害者施設の完全施設介護	0.1 (0.1)	2.1 (1.3)	2.3 (1.4)	2.3 (1.4)
計	102.5 (100.0)	158.6 (100.0)	167.7 (100.0)	169.8 (100.0)

占める割合は2000年以降ほとんど伸びておらず、2004年はそれぞれ12.4%、14.9%にとどまっている。デイケア・ナイトケア、ショートステイの受給者も少しずつ伸びてはいるものの、そのウエイトはきわめて低い。一方、施設介護の受給者は1996年から2004年の間に20万人近く増えて、受給者総数に占める割合も5%増加している。

保険給付費の推移をみると(表4)、1996年に介護手当が給付総額の43%を占めていたが、その後徐々に低下していき、2005年は24%となっている。介護サービスは2000年以降微増ないしは横ばい状態で、給付総額に占める割合も14%台にとどまっている。デイケア、ショートステイなどの給付費はわずかに増加しているものの、それらが給付総額に占める割合は1%台で依然として低い。介護者に対する社会保障給付(年金保険料、労災保険料など)は減少傾向にあり、2005年には9億ユーロ、5.3%となっている。一方、施設介護給付をみると、下半期から給付開始となった1996年を除いて、給付総額の中で最も大きな割合を占めるとともに給付費も増加傾向を示しており、2005年には給付総額の50.2%となっている。

以上のように、在宅介護においては依然として家族介護が大きなウエイトを占めている。しかし、家族の介護レベルが必ずしも高くないことから、

介護の質の確保が在宅介護の課題として指摘されている。また、コンビネーション給付を含めて介護サービスが増えているが、介護専門職の不足や介護技術の低さが問題となっている。デイケア、ショートステイなどの利用者が少ないことについては、それらの部分介護施設が依然として少なく、特に農村部において不足していることが指摘されている。また、施設介護においては、利用者が急速に増大しているが、高額な費用負担や介護専門職の不足が指摘されている。さらに在宅介護でも施設介護でも、早急に対応すべき課題として認知症対策があげられている。このような介護の質の確保、基盤整備に加えて、介護保険の導入時から変わっていない給付上限額の引き上げを求める声も強くなっており、その対応も課題となっている。

3. 保険財政の状況

介護保険の財政収支についてみると、表5のようになっている。当初は介護手当の受給者が圧倒的に多く、その分だけ給付費が低く抑えられたため⁵⁾、保険料収入が給付支出を上回り、1998年には資金保有高が49.9億ユーロに達した。しかし、1999年以降は収支が逆転するとともに、単年度の赤字額が次第に増加し、2004年には8.2億ユーロの赤字となり、資金保有高が34.2億ユーロにまで

表5 公的介護保険の財政状況の推移

(億ユーロ)

	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005
収入総額	120.4	160.0	165.5	169.8	168.6	168.7	174.9
(1) 保険料収入	119.0	158.0	163.1	167.6	166.1	166.4	173.8
(2) その他の収入	1.4	2.0	2.3	2.2	2.5	2.3	1.2
支出総額	108.6	158.8	166.7	173.6	175.6	176.9	178.6
(1) 給付総額	102.5	150.7	158.6	164.7	166.4	167.7	169.8
(2) MDKの運用費用 ¹⁾	2.4	2.4	2.4	2.6	2.6	2.7	2.8
(3) 事務管理費	3.6	5.6	5.6	5.8	5.9	5.8	5.9
(4) その他支出	0.1	0.2	0.2	0.1	0.6	0.7	0.1
収支黒字額	11.8	1.3					
収支赤字額			1.3	3.8	6.9	8.2	3.6
資金保有高	40.5	49.9	48.2	49.3 ²⁾	42.4	34.2	30.5

注：1) 医療保険と折半負担

2) 連邦政府からの投資貸付金があったため増額した。

資料出所：BMGS, Finanzierungsentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. から作成

減少した。

このような財政状況に対応するため、2005年から23歳以上65歳未満の「子のない被保険者」から0.25%の追加保険料(したがって、その対象となる被保険者の保険料率は、通常の1.7%の2分の1と合わせて1.1%となる)を徴収するという対策が講じられた。それにより保険料収入が前年より7.4億ユーロ増加し、2005年は赤字額が3.6億ユーロと前年の半分以下にとどまった。

しかし、赤字をもたらしたのは、受給者の増大、介護手当受給者の相対的な減少、施設入所者の増大によるものであり、しかもそれらの要因がますます大きくなっていくことから、給付費が急増していくことは避けたい。一方、保険料収入は、失業者の増大や企業の国外移転などにより伸び悩んでいる。それに加えて、介護の質の確保に向けて介護専門職の養成や介護施設の整備、給付上限額の引き上げなども課題となっており、財政的安定を確保するための対策が強く求められている。

II 介護保険の展開と問題点

1. 介護の質の確保策

介護保険が実施されていくなかで最も大きな課題として取り上げられたのが、いかにして介護の質を確保していくかということであった。介護保険では給付の基本原則として、「介護の質の確保」と「経済性の原則」をあげ、介護保険の実施にあたっては、介護給付提供者にその取り組みを促すことが必要とされている。しかし、在宅介護では現金給付(家族介護)を選択するケースが7割以上を占めるなかで、介護の質の確保は容易ではない。また施設介護においても一部の施設で入所者に対する虐待がマスコミなどで報じられるなど、介護の質の確保は遅々として進まなかった。

在宅介護における介護の質の確保については、メディカル・サービス(MDK)が要介護認定の際に、要介護者が介護手当の受給を申請している場合には、家族などによって適切な介護が確保されるかどうかを判断し、鑑定書のなかに意見を記すこ

ととされている。MDKが適切な介護が確保されないと判断した場合には、介護サービスの受給が勧告される。さらに、現金給付を受給した場合には、介護度IとIIについては半年ごとに、介護度IIIについては四半期ごとに、介護専門職が訪問して、家族などによる介護の質を点検し、必要に応じてさまざまな助言を行うこととされている。劣悪な介護が行われている場合には、介護サービスへの転換が求められる。当初は、MDKと家族との判断の相違や、介護専門職の訪問費用の負担などをめぐってトラブルも発生したが、1999年の介護保険法改正で訪問費用が保険者負担とするなどの改善が図られた。また、介護金庫では介護講習会を開くなどして質の向上を図ることとされている。しかし、介護講習会などへの参加者は少なく、家族などによる介護の質の低さが依然として問題となっている。

2001年9月に「介護の質の確保法(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)」が制定され、2002年1月に施行された。これによって、介護の質の確保策への取り組みが本格化した。この法律は、施設や在宅における介護当事者のレベルアップだけではなく、介護サービス提供者の自己責任の強化をはじめ、受給者保護の強化、MDKと施設管理者との連携の強化などを図ることを目的としたもので、介護施設における入所者と介護専門職の配置基準、MDKや介護金庫の権限の強化、給付内容と価格の情報提供、記録や帳簿の作成と保管義務など多くの規定が定められた。

また、2001年12月に「介護給付補完法(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz)」が制定され、翌年1月から施行された。これは認知症患者をはじめ精神障害者や知的障害者に対して、見守りなど特別の補完的給付を行うことを支援するもので、介護度に関係なく年間460ユーロの給付が新設された。認知症対策については、施設介護よりも在宅介護が優先される形で行われている。認知症

患者に対する支援は、高齢化に伴ってますます重要な課題となることが予想され、重点課題の1つとされている。

介護施設における介護の質の確保策として、2002年1月に新しい「ホーム法(Heimgesetz)」が制定され、2003年8月に施行された。その法律では、入所契約の透明化の推進、介護専門職・家族・老人施設・障害者施設などのメンバーによるホーム審議会の活動の強化、ホームに対する監督の強化、ホームの管理者・MDK・介護金庫・社会扶助機関の協力体制の強化、ホームと見守りなどを受けながら暮らす住居とを区分することなどが定められた。

看護師や老人介護士などの専門職に関しても、改善が図られた。2000年に「老人介護法」が制定され、専門職に関する養成課程が統一され、その教育内容の基準がつけられた。続いて2003年に法改正が行われ、教育課程のレベルアップが図られた。

さらに、2003年に連邦保健・社会保障省と家族・高齢者・女性・青少年省が共同で、関係団体の代表、州や市町村の代表、学者、実務者などによる「介護円卓会議(Runder Tisch Pflege)」を設置し、要介護者の生活を改善するための方策を検討することとした。円卓会議は「在宅介護における介護の質の改善策」「施設介護における介護の質の改善策」「介護専門職の育成と確保策」「介護分野における管理費用の削減策」という4つの作業グループに分かれて検討し、2005年秋に先進的な事例を豊富に盛りこんだ報告書を提出した。

また、2005年に上記の2つの省が協力して、介護施設の援助、認知症患者の援助、デイケア・ショートステイ・グループホームの活用などについてモデルプログラムの推進を図ることとなった。これは各州あるいは市町村において、介護の質の確保策をはじめ、要介護者の特性やニーズに合わせた対策に取り組み、すぐれた成果をあげている事

例を紹介するとともに、それらを通じて多くの課題に対する対策を普及させることを企図したものである⁶⁾。

以上のように、特に社会民主党政権の下で介護の質の確保のためにさまざまな対策が講じられてきた。日本でも介護の質の確保は最重要課題とされ、具体的には介護プランをベースに個々の要介護者の状態やニーズに対応した介護サービスを提供することに重点がおかれてきた。それに対してドイツでは、介護提供者の提供する介護サービスあるいは介護施設について一定の基準ないしはレベルを満たそうとすることに重点がおかれており、個々人の介護プランの作成などは行われていない。提供される介護サービスの質は、おそらく日本の方が優れているように思われるが、こうした対策の相違の背景には、ドイツと日本における要介護者の介護サービスに対する受け止め方の相違があり、満足度からいえば大きな差異がないようにも思われる。

2. 介護保険の展開と社会扶助の受給者

周知のように、ドイツで介護保険が導入された背景の1つとして、要介護者における社会扶助(公的扶助)受給の増大という問題があり、特に施設入所者において多かった。ドイツの介護ホームの入所費用が高いために、介護保険の導入前は、平均的な所得を得ていた者でも、施設に入るとその費用を負担しきれなくなる場合が多く、旧西ドイツ地域では介護ホーム入所者の80%、旧東ドイツ地域ではほぼ100%が社会扶助の受給者になってい

た。そのため、社会扶助支出額の3分の1近くが介護扶助にあてられ、そのうち6割が施設介護に支出されていた。このような介護施設入所者の社会扶助受給の増大は、社会扶助本来の役割からいっても、また州や市町村の財政負担からいっても放置することは許されなかった。また、受給者にとっても、長い間社会保険料を納め、年金などによって通常の生活を送ってきたにもかかわらず、要介護状態になり、介護ホームに入所すると生活困窮者となり、社会扶助の受給者となることを不本意と感じる者が少なくなかった。

介護保険の導入によって、こうした状況はどう変わったのであろうか。表6は、介護扶助受給者の推移を示したものである。介護保険導入前の1994年には介護扶助受給者が453,613人であったが、2002年には246,212人と20万人余り減少している。しかし、介護保険の導入によって受給者が徐々に減ってきたわけではなく、1998年頃からは施設入所者は16~20万人、施設に入所していない者は6万人前後で増減を繰り返している。また、施設入所者のうち、介護保険給付を受けている者は2002年に151,586人で介護扶助受給者の82%を占めている。この割合は1996年が53%、1998年が67%、2000年が70%で、次第に増加している⁷⁾。

これらのことから、介護保険導入は確かに介護扶助の受給者を減少させたが、依然として相当規模の介護扶助受給者が存続していることを示している。また、介護扶助受給者のなかで介護保険給付の受給者の割合が次第に増加していることは、

表6 介護扶助受給者の推移

(人)

	1994	1996	1998	2000	2002
施設入所者	268,382	219,136	160,238	202,734	186,591
施設外にいる者	189,254	66,387	62,202	58,797	59,801
計	453,613	285,911	222,231	261,404	246,212

資料出所：BMGS, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S.68.

入所費用の引き上げ、介護度の上昇による入所費用の増額、その他の理由によって、施設入所費をまかないきれない者が増加していることを示している。社会扶助受給者の縮小という介護保険導入の目的を達しようとするならば、給付水準の引き上げなどの対応が必要であるといえよう。

III 新政権下における介護保険

1. 介護保険に関する各党の政策

1995年9月に行われた連邦議会選挙では、社会保障改革が重要課題として取り上げられ、各党はマニフェストのなかで社会保障の各分野に関する政策を発表した。以下では、各党の介護保険に関する政策を取り上げ、比較してみよう。

まず、社会民主党は、医療保険の場合と同じく、介護市民保険(Pflege-Bürgerversicherung)を導入し、すべての国民による公平な負担費用を実現することを主張した。また、給付に関しては、10年以上にわたって据え置かれている給付上限額を物価変動にあわせて引き上げること、在宅介護給付、特に認知症患者に対する対策を改善することなどを公約として掲げた。

キリスト教民主/社会同盟は、介護保険を社会保障の重要な分野として、介護リスクに適切に対応しかつ負担可能な保障を提供しなければならないとして、財政面については、公的介護保険に積立方式を導入することを主張した。また給付面では、在宅介護を施設介護に優先させることを徹底し、住み慣れた環境の中で生活できるようにすることを約した。また、予防とリハビリテーションの対策を介護対策に優先して行うことを訴えた。

同盟'90/緑の党は、人間の尊厳に値する介護は、自己決定と連帯が必要であるとして、連帯による市民保険法の導入を主張した。それに加えて高齢社会における介護費用の増大に対応するため、補完的な備えが必要であるとした。また、給付面では、

認知症、身体障害および知的障害に対する早急な給付改善、据え置かれている給付上限額の引き上げ、在宅と施設における給付を連携させることを主張した。さらに、要介護者の住環境の改善、在宅で介護している家族のネットワークづくり、在宅要介護者に対する予防とリハビリと社会参加の強化、介護専門職の育成策の改善などを主張した。

自由民主党は、1995年以来、給付水準が実質的に低下する一方、介護金庫の赤字と要介護者は増大しており、2008年には保有資金が払底することを指摘し、それに対応するために介護保険を民間保険による積立方式に再編することを公約として掲げた。また、給付については、介護度を進ませないために、介護給付よりもリハビリテーション給付を優先することを訴えた。

以上が各党の公約であるが、各党とも給付については、在宅介護を重視し、その推進を図る点で一致している。また、社会民主党と同盟'90/緑の党は、認知症患者の給付改善に積極的な姿勢がみられる。財政面では大きく主張が異なっており、社会民主党と同盟'90/緑の党は、民間保険を含めて市民保険に統一することを主張し、キリスト教民主同盟と自由民主党は積立方式の導入を主張している。また、後者では、キリスト教民主/社会同盟が完全な積立方式なのか部分的な積立方式なのかを明確にしていないが、自由民主党では公的介護保険の廃止と民間介護保険への一本化を主張している。

2. 新政権による介護保険対策

連邦議会選挙の結果、キリスト教民主/社会同盟と社会民主党による大連立内閣が成立し、キリスト教民主同盟党首のメルケルが首相に就任した。介護保険を担当する保健大臣には、先の政府から引き続いて社会民主党のシュミットが就任した。

新政権の発足に先立って、両党間で政策に関する連立協定が結ばれた⁸⁾。介護保険に関する政策

をみると、給付面については、在宅介護の推進に加えて、社会民主党が掲げていた給付上限額のスライドの実施があげられている。また、認知症患者については介護の改善に加えて、介護概念の再検討が必要であるとしている。さらに、予防・リハビリテーションの推進、社会扶助受給者に対する給付の引き上げなどがあげられている。一方、財政面では、世代間および同一世代内での連帯を実現するため、高齢化に伴う費用の増大に備えて、現行の賦課方式を補完する積立方式の要素を導入することとされている。また、公的介護保険と民間介護保険との間におけるリスク構造格差を調整するために財政調整を導入している。

新政権が発足してから半年近くが経過した。介護保険については、要介護者とその家族に対して減税措置を講じる法案が連邦議会で可決されるなどの動きがみられる。しかし、上記の積立方式の導入や財政調整等に関してはどのような具体策がこじられるのか、詳細な情報は伝えられていない。介護保険が医療保険の傘の下にあることは先にもふれたが、医療保険改革をめぐる与党2党間の主張は大きく異なっており、その調整は暗礁に乗り上げたままである。介護保険の改革も医療保険改革の帰趨をみてからということのように思われる。

注

- 1) BMG Pressemitteilung, Pressestelle Berlin, den 01.04.2005.
- 2) Roland Lang-Neyjahr, Plädoyer für behutsame Sozialreformen, *Bundesarbeitsblatt*, 12.2001, S.5-7.
- 3) 強制的な民間介護保険で、付加的給付などを販売する任意加入の民間介護保険とは異なる(介護保険法第1条、第23条)。詳しくは拙稿「介護保険の創設とその後の展開」(古瀬・塩野谷編『先進諸国の社会保障4・ドイツ』東大出版会、1999年、所収)を参照。
- 4) 例外として、郵便職員疾病金庫と連邦鉄道職員疾病金庫の加入者は、民間介護保険に加入することとされている(介護保険法第23条第3項)。しかし、被保険者の疾病金庫選択権の拡大による移動や疾病金

庫の合併などにより、現在この規定の実態がどのようになっているのかは不明である。

- 5) 介護手当は介護サービスよりも給付額が低く、介護度Iでは介護サービスが月額384ユーロ、介護手当が205ユーロ、介護度IIでは介護サービス921ユーロ、介護手当410ユーロ、介護度IIIでは介護サービス1,432ユーロ、介護手当が665ユーロとなっている。
- 6) BMGS, Runder Tisch Pflege, Modellprogramm (<http://www.bmg.bund.de>.)
- 7) BMGS, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S.69.
- 8) Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und SPD vom 11.11.2005, "Gemeinsam für Deutschland — mit Mut und Menschlichkeit" (<http://www.cdu.de>.)

参考文献

- 木下秀雄「ドイツにおける介護保険と介護扶助」(『海外社会保障研究』No.131, 2000年)
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集[2005年版]』(財)医療経済研究・社会保険福祉協会, 2006年
- 土田武史「介護保険の創設とその後の展開」(古瀬・塩野谷編『先進諸国の社会保障4・ドイツ』東京大学出版会, 1999年)
- (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団編「介護保険転換期—新制度のしくみとドイツ制度の現状」2005年
- 松本勝明「ドイツ社会保障の動向(上)(下)」(『健康保険』2005年12月号, 2006年1月号)
- “Arbeit, Rente, Gesundheit, Familie, Pflege: Die Wahlprogramme zur Bundestagswahl” *Soziale Sicherheit*, 7-8 2005
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Runder Tisch Pflege: Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen: Ergebnisse der Arbeitergruppen I bis IV, 9. 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit, Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2001.
- Bundesministerium für Gesundheit, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 01. 2006.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. 11. 2005, “Gemeinsam für Deutschland — mit Mut und Menschlichkeit” (<http://www.cdu.de>.)
- Roland Lang-Neyjahr, Plädoyer für behutsame Sozialreformen, *Bundesarbeitsblatt*, 12. 2001.
- (つちだ・たけし 早稲田大学教授)