

ドイツにおける介護保険と介護扶助

木下 秀雄

■ 要約

ドイツの介護保障システムを理解しようとする、介護保険のみではなく連邦社会扶助法の介護扶助制度を含めて見なければならない。最近の介護保険による介護給付の受給者は在宅介護で約131万人、施設介護で約55万人となっている。しかしこうした介護保険給付が導入されても、1997年で介護扶助給付の受給者は32万8260人に達している。これは、介護扶助が介護保険よりも広い要介護概念を用いてより広い対象者に給付を行っていることと、給付内容も介護保険給付を越えていること等による。また、収入や資産の活用についても緩和されたものとなっており、わが国の介護扶助制度を考える上で大いに参考にすべきである。

■ キーワード

介護保障、介護保険、介護扶助、ドイツ、社会保障

I はじめに

ドイツにおける介護保障システムを検討する場合、社会保険方式による介護保険のみではなく、租税を財源とする連邦社会扶助法(BSHG)上の給付、特に介護扶助(Hilfe zur Pflege)を併せて検討対象としなければその全体像がつかめないことは、筆者がこれまで何度か指摘してきたところである¹⁾。本稿では、1995年に在宅介護給付の支給を開始して以後すでに5年を経過したドイツにおける介護保険と介護扶助について、まず、統計により全体状況を確認し、次に介護保険と介護扶助との制度上の関係を整理し、最後に日本との関連で留意すべき点を指摘することにした。

II 介護保険導入後の介護扶助

1995年4月に介護保険による在宅介護給付の支

表1 2000年3月時点でのドイツ介護保険の現状

1. 被保険者数

公的介護金庫被保険者数 (家族被保険者を含む)(1999年1月1日現在)	約7137万人
民間介護保険被保険者 (家族被保険者を含む)(1998年12月31日現在)	約813万人
計	約7950万人

2. 給付受給者数

(1) 在宅介護受給者	
公的介護金庫による給付(1999年6月30日現在)	1,244,410人
民間介護保険による給付(1998年12月31日現在)	約70,000人
計	約131万人
(2) 施設介護受給者	
公的介護金庫による給付(1999年6月30日現在)	522,928人
(うち約60,000人が障害者施設入所者)	
民間介護保険による給付(1998年12月31日現在)	約27,000人
計	約55万人
(3) 介護者に対する給付(1998年推計)	550,000人

資料出所：Bundesministerium für Gesundheit, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*.

給が開始され、1996年7月から施設介護給付が支給されはじめた。最近の介護保険の状況は表1のとおりである。ドイツの介護保険は基本的に医療

表2 社会的介護保険の財政状況

<収入>

(単位：10億マルク)

項目/年度	1995	1996	1997	1998
収入総額	16.44	23.55	31.18	31.1
(1) 保険料収入	16.26	23.27	30.84	30.9
(2) その他の収入	0.18	0.27	0.33	0.4

<支出>

項目/年度	1995	1996	1997	1998
支出総額	9.72	21.24	29.61	31.05
(1) 給付総額	8.64	20.05	28.05	29.47
① 現金給付	5.94	8.68	8.45	8.38
② 介護現物給付	1.35	3.02	3.47	3.89
③ 介護給付休暇	0.26	0.26	0.10	0.11
④ デイサービス・ナイトサービス	0.02	0.05	0.07	0.09
⑤ ショートステイ	0.09	0.17	0.19	0.21
⑥ 介護者社会保障	0.60	1.81	2.32	2.26
⑦ 介護補装具	0.38	0.77	0.65	0.76
⑧ 施設介護	0	5.27	12.54	13.37
⑨ 障害者施設介護	0	0.01	0.26	0.43
(2) MDK 運営費用	0.44	0.47	0.45	0.47
(3) 管理費用	0.62	0.71	1.08	1.09
(4) その他の費用	0.01	0.01	0.02	0.03

<剰余等>

項目/年度	1995	1996	1997	1998
(1) 剰余	6.72	2.30	1.57	0.24
(2) 施設建設投資へ流用	1.10	-	-	-
(3) 累積金	5.62	7.92	9.49	9.74

資料出所：Bundesministerium für Gesundheit.

保険制度に沿って構成されているが、家族被保険者を含めて7950万人に介護保険による保険保護が及んでいることになり、これは8208万人(1997年)の人口に対して約97%をカバーしていることになる。官吏(Beamte)への給付は介護保険システムでなく官庁からの介護費補助金(Beihilfe)によることになっていることなどを考えると、介護保険の住民に対するカバー率は高いように思われる。また、財政的にも、制度発足に際して、保険料徴収を1995年1月から開始したのに対して給付の方は同

年4月から開始するという3カ月のタイムラグを設けたこともあって、1998年度までのところ97億マルク余りの積立金を確保できている(表2)。このため、1999年度には、介護保険法改正によって給付が改善されたほか²⁾、さらに今後痴呆症の人に対するデイサービスの給付を改善することなどが計画されている³⁾。ドイツの政府当局者は介護保険の実施については全体として成功と評価している⁴⁾。

こうした介護保険の動向とならんで、介護扶助の動向を見てみると表3のようになる(ただし、こ

の統計の給付受給者数は1年を通しての延べ数ではなく、年末時点での現在数である)。この統計では、介護保険については公的介護金庫の受給者と財政状況しか出てきていない(表2、3では「社会的介護保険 (Soziale Pflegeversicherung)」を訳しておいた)。つまり、民間介護保険の状況が含まれていないが、全体的傾向は明らかになると思われる。これによると、1995年の在宅介護給付の実施に始まり、1996年の施設介護給付の実施を経て、1997年には社会的介護保険受給者総数は166万1000人になっている。他方、介護扶助受給者は、介護保険制度が発足していない1994年時点で47万6000人であったものが、1997年には25万1000人になり、22万5000人の受給者数減、つまりほぼ半減している。これを在宅介護で見ると20万3000人から6万6000人と3分の1になっている。施設介護については27万7000人から18万5000人と3分の2に減少している。財政的にも、1994年の介護扶助支出177億マルクから68億マルクへほぼ3分の1に減少している。

こうした動向について、まず第一に、介護保険導入の二つの大きな目的、つまり、(a) 要介護状態になったことが原因で社会扶助受給に陥る事例をできる限り減少させるという「社会政策的目的」と、(b) 地方自治体負担で介護扶助支出を軽減するという「財政政策的目的」について見ると、それぞれ相当の成果を上げたと評価することもできよう⁵⁾。

また、第二に、1994年段階では上記のように、介護扶助のみでは、公的給付の受給者数は47万6000人で、介護に関する公的支出も177億マルクであったのが、介護保険導入によって、1997年には、介護に関する公的給付受給者は、介護保険給付受給者と介護扶助受給者を合計して191万人になっており(次に指摘するように、この中には両者を共に受給している者が含まれている点に注意する必要はあるが)、介護に関する公的支出も364億マルクに達している。介護に関する公的システムのボリュームが介護保険導入によってほぼ2倍になったということもできるであろう。

しかし、第三に、実は、介護扶助受給者のほぼ

表3 社会的介護保険と社会扶助(介護扶助)の展開

1. 受給者数(年末時点)

(単位: 1,000人)

	社会的介護保険			介護扶助			
	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
総数	1,061	1,547	1,661	476	373	285	251
① 在宅介護	1,061	1,162	1,198	203	88	68	66
② 施設介護	-	385	463	277	286	217	185

2. 年間支出額

(単位: 100万マルク)

	社会的介護保険			介護扶助			
	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
総額	10,357	21,244	29,605	17,723	17,473	13,887	6,844
① 在宅介護	9,227	14,777	15,251	1,634	1,068	801	768
A. 介護手当	6,011	8,684	8,454	1,146	555	294	265
B. その他	3,216	6,093	6,797	488	513	507	503
② 施設介護	-	5,270	12,799	16,090	16,405	13,086	6,077
③ 管理費用	1,129	1,197	1,555	-	-	-	-

資料出所: *Wirtschaft und Statistik* 2/1999, S.104.

3分の1が介護保険を受給しながらの受給者なのである⁶⁾。つまり、介護保険導入によって介護保険給付を受給しながらも、それでは十分な介護が確保されないために公費による介護扶助を併せて受給している者が8万人ほどいる、というわけである。ブレーメン州の施設介護、施設入所者について、介護扶助の動向を調査したものとすると、介護保険導入によって介護扶助支出を70%減少させることに成功したといわれているが、他方で、従来、介護扶助を受給していた施設入所者の中で、介護保険によって介護扶助から自立した者は扶助受給者の18.1%にとどまっていると報告されている⁷⁾。このように、介護保険給付を受けていながらも介護扶助給付を受給している場合のほか、介護扶助給付のみを受給している場合も含めると、介護保険給付ではカバーできない介護需要が公費による給付の対象として依然相当の規模で存続しているという点を見逃すことができない。1997年について見ると、年末時点での介護扶助受給者は25万1000人であったが、年間通しての延べ受給者数は32万8260人に達している(表4)。介護保険給付の改善や公費からの施設整備費の支給等によってより効率的に介護扶助からの自立を実現する方法が検討もされている⁸⁾。しかしたとえそうした方策が採用されたとしても、今後も、ドイツの介護保障システムにおいて、介護保険と介護扶助等の公費による介護給付とがあいまって機能していくことは介護保険の立法者自身が認めるところである。

表4 1997年延べ介護扶助受給者数

介護扶助受給者総数	32万8280人
うち介護手当受給者	6万3609人*
その他の在宅介護受給者	3万9988人*
通所施設利用者	2479人*
施設入所者	23万9231人

*については重複利用することができるので合計数は合わない。

資料出所：Wirtschaft und Statistik 2/1999, S. 104.

III 介護扶助の構造——介護保険との相互関係

1. 介護扶助が必要となる場合

ドイツの介護扶助は、連邦社会扶助法の中の「特別扶助(Hilfe in besonderen Lebenslage)」の一種として同法68条から69c条までに定められている。この介護扶助は、介護保険法制定まではドイツにおける介護の社会的支援制度の中心として機能してきており、介護保険法実施以前から給付内容としては、施設介護に対する援助から、在宅介護給付、介護者に対する補助、そして介護手当の支給を行ってきている。ただ、財政的には連邦政府による負担がなく、市町村とラント(州)の負担になっており、具体的実施については市町村またはラントレベルに委ねられている部分が多い。そして、介護保険法制定に伴って、介護扶助に関する条文も改正され、介護保険法の条文の文言との調整が図られているが、これまでの介護扶助については裁判例を含めた膨大な実績が存在することから介護保険と介護扶助の相互関係は複雑で、介護保険実施後も1996年に介護扶助に関する規定の再改正が行われている。

いずれにせよ介護保険導入後、介護扶助が必要となる場合として次のような状況が考えられる⁹⁾。

- (a) 要介護状態に陥った人が介護保険に加入していない場合か、介護保険からの給付を受給するのに必要とされている「保険加入期間(Vorversicherungszeit)」(2000年1月1日からは最低5年間)を充足していない場合。
- (b) 要介護者が、介護保険が支給要件としている要介護度の程度に達しない場合や、介護保険が想定している要介護概念に合致しない場合。
- (c) 介護保険が定めている上限額を超えて介護費用が必要な場合や、介護保険に予定されていない給付が必要な場合。
- (d) 介護給付が緊急に必要なになって介護保険法上

の手続きをとる時間的余裕がない場合。

ドイツでは、日本のような「国民皆保険」制度をとっていないため自営業者等の中には介護保険の強制加入対象になっていない人たちが少数ではあるが一定数存在する。また、ドイツの介護保険の場合制度発足当初は、日本の介護保険と同様に、介護給付を支給する上で事前の保険加入期間を必要としないものとされていたが、その後順次事前の介護保険加入期間を要件として介護保険給付を支給する制度に移行していき、2000年1月以後は5年間の保険加入期間が介護保険給付受給の要件となった。これはわが国の介護保険にはない要件で、介護保険の給付からの「漏れ」を生じさせる一つの大きな要素になっている。また、介護者に対する給付についても、事前に1年間の介護実績が要件となっていたが、昨年の法改正によりこの要件は廃止された。その結果、介護者に対する給付については介護保険によるカバーがより完全になり介護扶助の出番は減少することになったと言える。

2. 介護扶助における要介護概念

介護扶助の受給権者を確定する要件としての「要介護」概念は、文言上は介護保険法の要介護概念に関する条文と同一の部分が多く、介護保険法上の具体的な要介護度判定指針等も介護扶助において準用されている。

ただ、連邦社会扶助法68条1項2文が、以下の3点にわたって介護保険法上の要介護概念を介護扶助に関して拡張している。

(a) 介護保険法上の要介護概念は、要介護状態が6カ月以上継続することが予測される場合、とされているが、介護扶助は、要介護状態が6カ月未満しか継続しないと予測される場合でも支給されることになっている。つまり、退院後間もなく亡くなる可能性が高いような人に対する介護扶助給付が考えられている。

(b) 介護保険においては、最低でも介護に必要な時間数が週平均で見て1日当たり1時間半、そのうち基礎的介護(身体介護を中心としたもの)が45分超必要とされる場合(要介護度I)でなければ介護保険給付の対象とならない。介護扶助は、こうした介護保険の基準よりも介護需要が少ない場合でも支給されることになっている。

(c) さらに、介護保険では、身体介護、食事、あるいは移動に関して、少なくとも1つ以上の分野で少なくとも2つの行為について、少なくとも1日に1度は援助を必要としており、加えて、家計の世話についても週複数回援助を必要としている状態であるとされている。そして、さらにそれぞれの分野について介護を必要とする行為が具体的に介護保険法上列挙されている。介護扶助は、こうした介護保険法上、介護需要判定対象とされている行為以外についても介護需要を考慮することになっている。こうした介護需要には、自傷行為等を防止するための単純な見守り介護や、外出の際のガイドヘルパー等も含まれると考えられている¹⁰⁾。

以上のような要介護概念の差異によって、連邦社会扶助法上の介護扶助は、介護保険において介護給付の対象とならないいわゆる「要介護度ゼロ」と判定された人達についても支給されることになる(上記(a)と(b))。そればかりではなく、介護保険では要介護度の判定において考慮対象とされなかったような介護需要、例えば知的障害者や痴呆性老人の意思疎通上の障害も、介護扶助においては介護給付支給の判定に含めて考慮されることになる(c)。この結果、介護保険法上の要介護度認定と介護扶助における要介護認定とが「ズレ」る余地が出てくることになる。例えば、介護保険法上は要介護度Iと判定された場合でも、つまり、基礎的介護需要が45分未満で、家事援助需要を含めて1時間半の介護需要であると判定された場合

であっても、介護扶助においては、介護保険法上の介護需要とは見なされない「移動についての援助」が必要であったり、見守り介護が必要で、これを考慮すれば介護需要の最低必要時間が要介護度Ⅱの2時間を超える場合には、この人は介護扶助においては要介護度Ⅱの介護手当を請求することができるのである。

もちろん、介護扶助も支給対象が無制限であるわけではないが、その要件は介護保険のように画一的に定めることができないと考えられており、介護給付を実施しなくても扶助申請者が「人間の尊厳に値する」生活が営めるのか否か、という社会扶助法の基本原理に基づく基準で判定すると考えられている¹¹⁾。

ドイツの介護保険における要介護認定では、例えば1997年では認定申請の25.4%について自立判定が出されており、異議申し立てが7万件余りといわれている。裁判例においても、1998年に連邦社会裁判所は介護保険法上の要介護度認定をきわめて限定的に解する判断を示している¹²⁾。しかし、こうした介護保険における要介護概念の限定性は、介護扶助における、より柔軟な要介護概念と照らし合わせて見る必要があるということになる。連邦社会裁判所もその判決の中で、介護保険における要介護概念の限定性を、介護保険法において保険料率が法定され財政的柔軟性がないこととで正当化するとともに、介護保険から漏れた介護危険が「最終的には社会扶助の責任範囲でカバーされる」ことをもって正当化しているのである¹³⁾。

連邦社会扶助法68a条は、介護金庫による要介護認定に関する決定は介護扶助においても拘束力を有する旨定めている。しかしこれは、両者の決定に共通する事実認定についての拘束力であって、介護扶助において介護保険とは別の介護需要が考慮される場合に介護金庫の決定は拘束力を持たない、と考えられている。そうした場合には、社会扶助主体である市町村は、保健局や社会局

による当該要介護者の介護需要の調査・判定を行うことになる¹⁴⁾。

3. 介護扶助の給付内容

介護扶助の給付内容には、上記のように施設介護に対する援助から、在宅介護給付、介護者に対する補助、そして介護手当の支給まであり、特に、在宅で生活している要介護者を介護している近親者や近隣の者に対して交通費や洗濯代、必要になった外食費等を補填する給付も含まれている。

介護保険との関連で特に重要なのは第一に、介護保険法上いわゆる要介護度ゼロとされる場合でも介護扶助における要介護性が存在すれば、介護扶助による施設介護も在宅介護も受給できる、という点である。ただ介護扶助においても、在宅介護優先という視点から、施設介護は個別事例の必要性、つまり在宅介護が期待できないか十分に期待できない場合にのみ保障することとされている。しかし、この場合、施設介護の必要性は要介護度の重さだけではなく、むしろ独居老人であるとか、近親者等による援助の可能性の有無等、当事者の生活事情が重視される¹⁵⁾ことになっている。ある調査によると施設入所者の23%が要介護度ゼロに当たるといわれている¹⁶⁾が、こうした人たちは介護保険からの給付は受けられないが介護扶助は受給できることになる。

第二に重要なことは、介護保険では、施設介護においても在宅介護においても給付上限額が設定されており、しかも、給付の対象は介護費用にのみ限定されているが、介護扶助においてはこうした限定がないということである。施設介護においては、介護扶助は介護費用についても上限を設定せずに必要な費用を支給することになっているし、食費や部屋代、あるいは施設整備費も支給することになっている。在宅介護についても、介護専門職による在宅介護費用を介護保険の上限額(要介護度Ⅰで月額750マルク、要介護度Ⅱで月額1800

マルク、要介護度 III で月額 2800 マルク) を超えて支給することになっている。ただ、この在宅介護費用の引き受けにおいて、24 時間介護が必要な要介護者の場合のように、費用がきわめて高額になった場合に、施設入所との関係が問題になる。これについては連邦社会扶助法は、一方で、3 条 2 項で扶助受給者の扶助の形態・種類についての希望権・選択権を尊重しなければならないと定めており、しかも 3a 条に在宅介護優先を明記している。他方、条文上、こうした希望権・選択権あるいは在宅介護優先は、それに要する費用が相当である範囲内で認められるという留保が付されているため、争いも多く裁判例が多数存在する。差し当たり、フランクフルト市の取り扱い例を見ると¹⁷⁾、次のようになっている。地域に存在する施設の、要介護度 II ないし III の入所費用の中間値である月額 6000 マルクないし 7500 マルクを比較対象とし、在宅介護の場合に必要な生活扶助費を含めた在宅介護費用を計算する。在宅介護に要する費用が、施設介護費用の 1.5 倍を超えた場合、つまり月額 9000 マルクないし 11250 マルクを超えた場合には不相応に高額の費用がかかるものと判定する。その上で、当該介護扶助申請者に施設入所を期待することが可能なかどうかを、その個人的事情について検討することになっている。つまり、施設入所によって居住地が大幅に変わるのか否か、施設が、当該介護扶助申請者の外出可能な立地条件なのかどうかなどが検討されなければならないことになっている。いずれにせよ介護扶助は、在宅介護においても介護保険の給付上限額を大幅に超えた給付を行うことになる。

第三に、介護扶助では介護手当の支給も予定されている。これは、在宅介護を近親者や近隣の者が行っている場合に支給されるもので、金額は介護保険の介護手当と同額である(要介護度 I で月額 400 マルク、要介護度 II で月額 800 マルク、要介護度 III で月額 1300 マルク)。ただ、介護保険から介

護手当が支給された場合には、介護扶助からの介護手当はその額だけ減額されることになっている。介護保険から現物給付を受けている場合や、介護扶助から専門職による在宅介護を受けている場合には、規定額の 3 分の 1 にまで減額された介護手当が支給されることとなっている。この介護手当は、要介護者の収入とは見なされないし、要介護者からさらに近親者や近所の者に手渡された場合にも、この介護手当はそれらの者の収入とも見なさないことになっている。しかし、扶養法上、介護者の収入と見て、介護者の扶養請求権を減額することにするのかどうかについては裁判例が分かれている¹⁸⁾。

4. 障害者に対する介護扶助

障害者に対する介護保険給付、特に障害者施設に対する介護保険の適用をめぐることは、1995 年の介護保険法の在宅介護給付の実施から 1996 年 7 月の施設介護給付開始直前まで議論が紛糾した。障害者施設は従来、これも連邦社会扶助法の特別扶助の一種である障害者統合扶助(Eingliederungshilfe fuer Behinderte)という、公費によってまかなわれてきている¹⁹⁾。このため、障害者施設の給付内容が介護のみではなくリハビリ的要素や職業訓練的側面を併せ持っているため、その中から、介護給付のみを取り出し、それについてのみ介護保険給付を優先的に支給するとすると、障害者に対する給付の「総合性」がそこなわれる、という介護保険を障害者施設に適用することに反対する意見が根強く存在した。さらに、そうした障害者施設の中の介護部分だけが、介護保険によってまかなわれるようになることで社会扶助主体と介護保険との間に複雑な求償関係と、場合によっては争訟が生じるのではないかという危惧があった。

1996 年からの施設介護給付実施直前に、職業訓練や社会的リハビリを行っている障害者施設についても介護保険給付の適用対象とするが、それらについては介護保険法上の介護施設として月額

2800マルクの給付を行うのではなく、社会扶助主体が負担している施設費用の10%分を、最高月額500マルクまで介護保険が引受けることで決着することとなった。

また、障害者と介護保険との関連で議論になったのが、要介護状態の若年障害者が、自らが「使用者」として介護者を雇用している場合の介護保険給付である。これについては1996年以後、要介護障害者が介護者個人と直接雇用契約を締結して、自ら介護サービスを組織している場合には、介護保険からは現物給付としての上限額分が支給されるのではなく、近親者ないしは近隣の者が介護しているのと同様と見なして、介護手当のみが支給されることになった。ただ、多くの場合こうした介護手当のみでは介護者を確保できないので、介護扶助から介護専門職による介護費用の引き受け等が支給されることになる。この場合は、介護手当の3分の2までは介護者確保費用に回すものとして計算され、介護手当は3分の1のみが要介護障害者の手元に残ることになる。

5. 社会扶助の需要充足原理と介護扶助

以上のような手厚い介護扶助制度が介護保険を包み込んでいるのがドイツの介護保障システムである。介護保険導入後も、こうした介護扶助が手厚く介護保障を行うことになっているのは、介護扶助が中心になって公的な介護保障を行っていた期間からの蓄積が介護保険法実施後の現在も生きているからである。つまり、社会扶助法が元来「人間の尊厳に値する最低生活」を保障する制度としての性格を有しており、介護扶助の内容形成に際しても「人間の尊厳に値する生活保障」と「需要充足の原理(Bedarfs-deckungsprinzip)」が基礎にあったのである。そうした中で形成されてきた介護水準を、市民が新たに保険料を負担することになる介護保険制度の導入によって引き下げることはできないとされている²⁰⁾。また介護保険導入の目的自

体が、全面的に介護扶助に取って代わるのではなく、基礎的介護部分のみを社会保険制度に移行することであったのである。つまり皮肉な見方をすれば、介護保険導入は、介護内容や介護水準の改善・向上を目指して導入されたというより、保険給付を一定額の年金等に上積みすることによって、要介護状態発生がきっかけで社会扶助受給に至ることを防ぐ、という一定の所得と資産を有する階層をターゲットにしたいわば「中間所得層対策」であったことも否定できないのである²¹⁾。

IV 日本における介護扶助(生活保護法)への示唆

1. 日本における介護扶助の必要性

以上のようなドイツ介護保障システムと介護扶助を参考にしつつ、わが国の介護保障システム、特にこの4月から介護保険の実施に伴って定められた生活保護法の介護扶助について、介護保険そのものや介護扶助の基本的構造上の差異が存在することから厳密な比較が困難であることは承知の上で、検討してみる²²⁾。

まず、ドイツと日本の介護保険制度の違いによる介護扶助の必要性の異同を確認する必要がある。ドイツの介護保険においてはいわゆる「国民皆保険」制度になっていないことから生じる介護保険非加入者層の存在、また給付受給以前に一定の被保険者期間が求められることになっているために生じる介護保険給付の要件未充足者層の出現等、日本にはない介護扶助の必要性が存在する。

他方、わが国の介護保険は周知のように65歳以上を主たる対象としているため、介護保険がカバーしない層がまず膨大に存在する。40歳以上で生活保護を受給していて介護保険に加入できない層に対する介護保障をはじめ、介護保険がカバーしない層に対しては、現在のところ、障害者加算で対応することが考えられているようであるが、当然

その場合には介護保険給付との整合性が問題になろう。次に、ドイツ介護保険と異なってわが国の介護保険では介護給付受給段階で利用料負担が定められている。こうした利用料を負担できない層に対する介護扶助の必要性については、膨大なものが存在するものと考えられる。特に、介護保険料滞納者に対する制裁措置が定められているが、この場合利用料負担が増大することになっている。わが国の介護保険は被保険者が無収入の場合にも保険料徴収対象とすることになっており²³⁾、保険料滞納者が多数出現すると予測されている。それだけに一層、利用料負担に関わる介護扶助の必要性は大きなものとなるであろう。

2. 日本における介護扶助の課題

(1) 収入認定と資産活用の緩和

ドイツの介護扶助は、連邦社会扶助法に含まれた制度からなっていることから、わが国の生活保護給付と同様に厳しい収入認定と資産活用が求められる、と考えられることが多い。しかし、実際には異なる点も多く、第一に、ドイツにおける社会扶助の権利性が一般的に広く確立していることがあげられる。このことの一つの現れが、ドイツでは、わが国の生活保護給付に対応する狭義の社会扶助—金銭給付による最低生活保障給付＝生活扶助(Hilfe zum Lebensunterhalt)と呼ばれている—の受給者が人口に占める比率は1997年で3.5%に達していることである。これは、同年のわが国生活保護給付の保護率が0.72%であるのと比較すれば、ほぼ5倍となっている。

第二に、制度的にも、介護扶助の受給については、一般の生活扶助の場合よりも収入認定と資産活用の要件が緩和されている。つまり、生活扶助支給に際しては、租税や社会保険料その他を除くすべての収入の活用が求められるが、介護扶助の場合はこれと異なって次のような控除がある。まず要介護度ゼロの場合は、収入のうち、1050マルク

に住宅費と家族加算を加えた額が控除される。要介護度IとIIについては、1573マルクに住宅費と家族加算を加えた額が控除される。要介護度IIIの場合には、3148マルクに住宅費と家族加算を加えた額が控除される(いずれも1999年7月1日以後の数字)。こうした収入限度額設定は、1997年の平均名目月収が4183マルクであるという統計²⁴⁾から考えると中低所得層までカバーできる可能性がある。

さらに、資産活用に関しては、現金保有に関して、要介護度ゼロからIIまでは、扶助申請者本人について4500マルク、同居の配偶者がいる場合1200マルク、さらに扶養家族が1人増えるごとに500マルク加算された額までが活用対象から控除される。要介護度IIIの場合には、申請者本人についての控除額が8000マルクとなっている。

また、土地家屋の活用に関しては、それまで「小さな土地家屋」の保有が認められるとされていたのが、1990年の法改正により1991年1月1日以後「適切な土地家屋」の保有が認められるようになっている。要介護者が在宅で介護を受ける場合には、156m²までについては活用を求められないことになっている。ただ要介護者が施設に入所し、かつ残された土地家屋に近親者が居住していない場合には当該土地家屋の活用が求められることになる。こうしたドイツにおける介護扶助受給に際しての収入と資産の活用要件の緩和は、わが国においても大いに参考にすべきものと言える。

(2) 人間の尊厳に値する介護水準の形成

わが国においても介護保険における要介護認定の問題性がつとに指摘されるようになってきている。介護保険の支給対象を拡大することも一つの課題であるが、同時に、介護扶助の支給要件を含めて公的に保障すべき介護需要について大いに議論し、より柔軟で実際的な要介護概念を作り上げていくことが、わが国でも求められていると言える。同時に、介護保険法上の給付上限額が果たして「人

間の尊厳に値する介護」を保障するものなのかどうか、本来の「人間の尊厳に値する介護」の水準をどのように設定するのか、介護扶助を含めてすべての人に保障すべき介護水準はどうあるべきかを、大いに議論する必要がある。このようにわが国において「人間の尊厳に値する介護」を形成していく上で、現在係争中の訴訟の控訴審は注目すべき重大な意味を持っていることも最後に指摘しておきたい²⁵⁾。

注

- 1) 拙稿, ドイツにおける介護保障—公的介護保険と社会扶助給付(『賃金と社会保障』1158号, 1995年7月), 同, ドイツにおける介護保障と介護保険(『週刊社会保障』1847号, 1995年7月)。
- 2) 拙稿, 「ドイツの介護保障システムと介護保険の現状」(『総合社会福祉研究』16号, 2000年3月)。
- 3) Erwin Jordan, “Die Situation von dementiell Erkrankten-Perspektiven der Pflegeversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit Homepage vom 27. 4. 2000.
- 4) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Januar 1998); Bundesministerium für Gesundheit Pressemitteilung vom 31. 3. 2000, Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz. ただし, 給付の改善による支出増と, 失業者の増大等による保険料収入の減少のため当面単年度赤字が生じる可能性が指摘されている(前掲拙稿参照)。
- 5) Hans-Jürgen Stubig, Rückläufige Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung, NDV 2/1999, S.49ff.
- 6) Ebenda, S.52.
- 7) Heinz Rothgang/Anke Vogler, Die Auswirkung der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in Bremen, NDV 7/1999, S.223ff.
- 8) Günter Roth/Heinz Rothgang, “Angleichung nach oben”: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, NDV 3/2000, S.85ff.
- 9) Fichtner (Hrsg.), Bundessozialhilfegesetz (1999) S.299.
- 10) Ebenda, S.306ff. 「要介護状態が発生した場合生ずるきわめて多様な介護需要を個別状況を考慮した上で, 必要な範囲でカバーするための『てこ』としてこれが用いられている, という(ebenda, S.309)。
- 11) Ebenda, S.305, S.310.
- 12) 拙稿, 前掲論文 66頁以下参照。
- 13) BSG, Urt. v.19. 2. 1998 (B3P 3/97), NZS 11/1998, S.525 (528).
- 14) Fichtner (Hrsg.), ebenda, S.341ff.
- 15) LPK-Bundessozialhilfegesetz 5. Aufl., S.603f.
- 16) Hans-Jürgen Stubig, ebenda Anm. 7, S.53.
- 17) 1999年9月の筆者のフランクフルト市における聞き取りとそこで入手した資料による。
- 18) Peter Trenk-Hinterberger, Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen 26. Aufl. 1998, S.142f.
- 19) 1997年で45万3000人が障害者統合扶助を受給しており, 147億マルクの支出総額となっている。しかも, 障害者統合扶助受給者数は介護保険実施後も増加してきている。
- 20) Fichtner (Hrsg.), ebenda, S.310.
- 21) 拙稿, 「ドイツにおける公的介護保険の意味—介護保険導入によって何が変わったのか」(社会政策叢書編集委員会編, 『社会政策叢書19集・今日の生活と社会保障改革』啓文社, 1995年)。
- 22) 介護扶助については差し当たり, 尾藤・木下・中川編著, 『生活保護法の挑戦—介護保険・ホームレスの時代を迎えて』(高菅出版, 2000年)1章, 7章参照。
- 23) 拙稿, 「ドイツの介護保障システムと介護保険の現状」, 前掲論文, 参照。
- 24) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Taschenbuch “Statistisches '98”。
- 25) 平成11年6月11日金沢地裁判決(『賃金と社会保障』1256号, 1999年8月)。
(きのした・ひでお 大阪市立大学教授)