

ドイツ介護保険の現状と課題

梶 本 一三郎

1994年に「介護リスクに関する社会保障法」、いわゆる公的介護保険法が成立し、昨年(1993)の4月から在宅給付が開始された。また本年(1994)7月からは施設給付が行われることになっている。『海外社会保障情報』No. 78の「西ドイツにおける老人介護の現状と改革の方向」(1987)および『総合社会保障』の「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険の諸問題」で論じたように、ドイツではすでに10年以上前におおよそその介護保険法の構想はでき上がっていた¹⁾。

その後の経緯については連邦社会労働省による介護保険法に関する解説書によってあきらかにされており²⁾、また今回成立した介護保険法についての解説はわが国においてもおびただしい数がすでに出されている。したがって本論では、それらのなかでは触れられなかった点について論じてみたい。それは以下の2点である。

1 介護問題の改善について、2 介護指針の改定と介護サービスの標準化について、ただし、本稿の性質は資料提供、状況情報の提供であり、全体的な展望を示すものではない。

1 介護問題の改善について

すでに、1984年9月5日に『介護問題に対する政府報告』によって家庭介護や家族介護者の問題、また財源のあり方を含めた介護問題が政府の手により明らかにされた。この報告自体もそ

の後の介護保険法成立に至る重要な役割を果たすが、その当時の問題点は介護保険導入によって解決したのであろうか。ないしは解決する兆しはあるのだろうか。もとより制度導入後2年に満たない現在の段階で評価することなどできない。特に、介護保険制度のうち、施設介護給付は本年(1994)7月から行われ、現在は1995年に導入された在宅給付だけであるからまさに今の段階で介護保険に対する評価を行うことは時期尚早である。

今回成立した介護保険成立にいたる歴史のなかで最初(1974年)に福祉施設における介護コストについて社会保険から、特に医療保険の給付によって賄うべきであるという提案を行った財団法人ドイツ高齢福祉評議会は最近、介護に関する研究レポートをまとめている³⁾。

(1) たち遅れた福祉か?

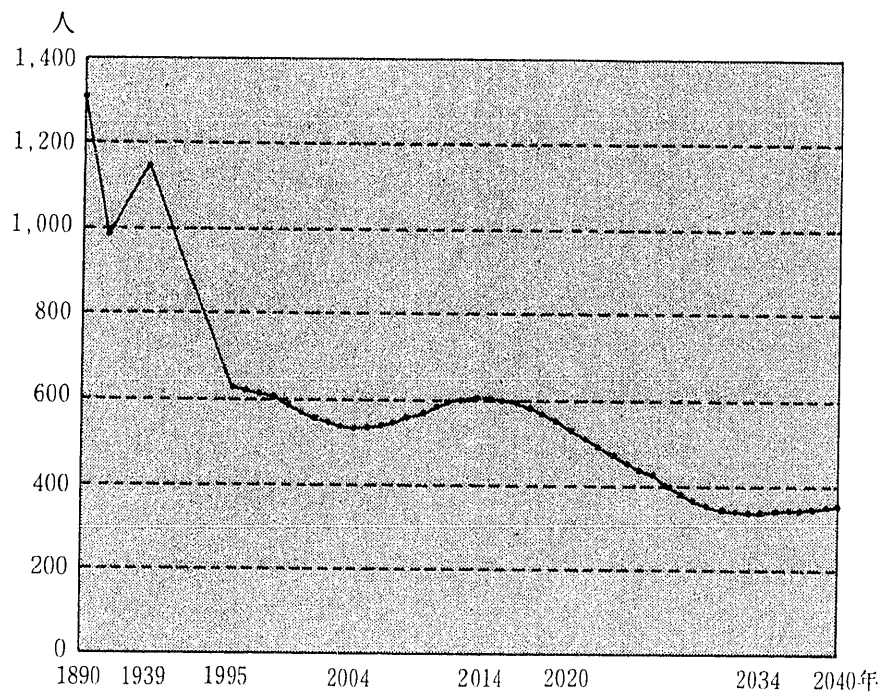
ドイツではそもそも、施設や在宅福祉がデンマークやスウェーデンのように充実しているわけではない。デンマークではおよそ人口の1%が高齢者介護を職業としている。また、オランダでは65歳以上の高齢者のうち10%以上が施設で生活している。それに比べて1994年時点でドイツでは1,236万のうち63万が施設で暮らしている。また、今日在宅で高齢者が生活する場合に介護する者にとっても、要介護者にとっても重要といわれているデイケアは在宅要介護高

齢者85万8千人に対してわずか5,000か所ではない。

このような認識をドイツの高齢福祉の専門家は強く認識しているのであり、ドイツの高齢者に対する量的水準がトップレベルにあるとは考えていない。

しかし、それは一方で、家族ないし関係者が要介護者に対する家庭介護を行ってきたということであり、それを無視して単純に優劣を比較することもできまい。老人福祉専門家が考えるように、施設や在宅サービスの充実は関係者や政策形成に携わる者の力量に負うところも大きい。が、そもそも社会の成り立ち、家族の基本的な志向、福祉原則（たとえば、リベラリスティックな福祉、ソシオ・デモクラティックな福祉、コーポラティブな福祉という分け方もできようが、制度化した福祉、残余としての福祉という分け方もできよう、さらに市町村直営サービス

と非常利の中間集団などボランティアセクターや社会セクターでサービスを提供するという分け方もできよう)、女性の社会進出の機会、女性の労働市場内でのあり方、女性の意識、また基礎自治体（と国の権限関係）の行政事務と財源構造、さらに基礎自治体の政治構造によって総合的に規定されているものであり、福祉そのものだけを取り出して社会全体における位置付け、機能的連関を考慮することなく優劣を論じることにはある種の福祉イデオロギーである。そもそも、それぞれの国や社会について単純に優劣を論じることにはできない。それは、一定の史観や産業化に至る単線発達論からのみ行えるのであり、社会構造、経済構造、産業組織、さらには政治、行政過程や財政構造から比較社会的に論じられるべきである。とは言うものの、ドイツにおいてもその一方で、要介護者に対するサービス不足や家庭介護者の負担ということは



資料：リュッケルト報告の38ページによる。

図1 娘が親を介護しうるのか、そのポテンシャル
(65歳以上高齢者1,000人に対する娘—45歳～60歳—の数)

看過できないほどの量的規模に達している。したがって、このような現状に対して介護保険がドイツに新しい基盤を作ることは間違いのないところであって、1) 要介護高齢者の生活状態、2) 家族、3) 専門的、職業的な援助という、3点について変化をもたらすであろうと考えているのである。

(2) 介護保険は何をもたらすか？

介護保険がなにをもたらすかについての命題を、高齢福祉評議会は3点挙げている。

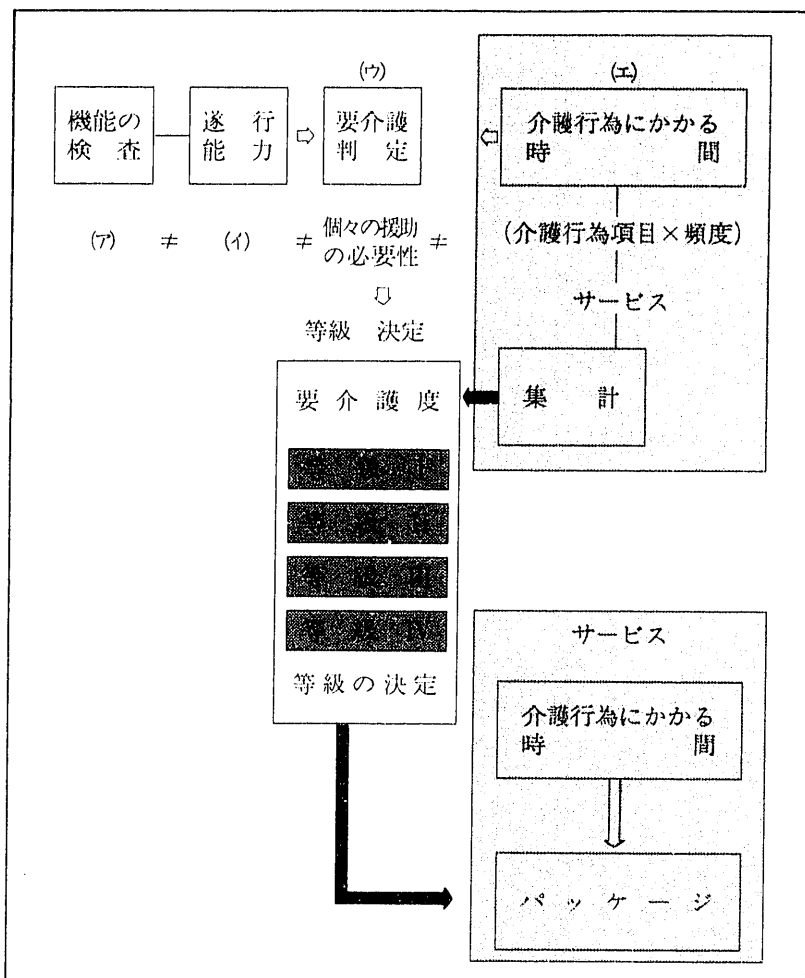
第1が、相当な要介護状態の克服に対しては基礎的な保障となるということである。ただし、それは家族の負担を取り除き、それに他が取って代わるというより、家族の負担軽減という方向である。

第2が、請求権者に対して、どのサービスを選択することが出来るかについて相当な難しきをもたらすということである。

第3が、サービス提供機関や費用負担者とは独立した相談・助言が絶対に必要であるということである。それは要介護者や家族援助者がそれぞれの状況に応じて在宅介護サービスとデイサービス、ショート・ステイ、そして現金給付との最適の組み合わせを選択する際にあるべきものである。そして適切なケースマネジメントが重要であるが、介護保険はその際に糸口としての役割を果たせるということである。

ドイツの介護保険は介護者への社会保障をも含む包括的な介護リスクに対する保険制度ではあるが、介護にかかる費用すべてを対象とする総合保険ではなく、一定部分に対する保険である。後に述べるように、これは従来のドイツにおける社会保険制度の伝統から逸脱しており（フライブルク大学クリー教授）、他の年金、医

療保険では現在のところあり得ない、まったく新しい原理ということになる。そして、まずは介護保険の給付は保険収入に必ずという指向とともに、制限給付となっているのである。そもそも制限給付ということで私見を述べれば、介護指針にもとづく身体的、精神的な機能喪失や機能不全、さらに個々の要介護の測定、ついで介護サービス量の判断という要介護判定の一連のプロセスが、このような今回の介護保険の制限給付保険制度下においてどのような役割・機能を果たし得るのかという基本的な問題がある。介護審査書に見られる構造は図2で示したものであるが、かりに(ア)、(イ)、(ウ)および(エ)の部分が、各機能の喪失状態の把握→身体機能上の各要介護度、アラゴなしのサービスの必要の有無という一連の一方の連関が個別介護行為の適切量の総和と合わさって要介護度の認定と段階付けが行われるなら、個々の要介護者に対して自立に適した「オプティマム」なサービスが計画上作成されることになる。しかし、ドイツでは各等級の要介護基準が時間で設定されており、またさらに保険給付がやはり要介護度ごとに保険給付額として給付上限が設定されている。そのため給付では制限給付ということになるのである。もちろん、今回の介護保険における給付対象は日常反復される介護・家事援助サービスであり、ありとあらゆるニーズに応えるものではない。介護時間と頻度の総和というものが、保険においては時間と保険給付額という制限枠を設けることによって限定的な保険制度となっているのである。そしてそれ以外は自払い、ないし社会扶助ということになる。いずれにせよ、現に行われる社会保険給付として「ミニマム」なサービス水準を保障しているとはいえない。



注：図2は『月刊福祉』全国社会福祉協議会出版部，1995年12月号による。なお，10月号より，6回にわたって「ドイツ介護保険システムの現状と課題」の中で認定を中心に論じた。

図2 介護審査の構造

また，今回の介護保険は疾病保険法や社会扶助，リハビリテーション・社会編入法をはじめ他法のかなりの部分を変えることになり，社会国家（他の国でいうところの福祉国家）の拡充とともに，全体に及ぶ再編をももたらすものと見なされている。たとえば，病院における8万床が廃止され，ショートステイなどの介護床になる見込みである。しかし，その一方で，連邦社会労働省（介護保険側）と連邦保健省の両者の利害の調整，転嫁，対立が施設介護の問題で現在おきつつある。すなわち治療的介護（医療的世話）の費用を介護保険から支出するという

問題である（介護保険法改正案）。

しかし，今回あまり注目されていないが，介護保険法8条の「新しい文化」という部分で，国民に対する介護サービスの提供は社会全体の責務とするとともに，州や自治体，介護施設，介護金庫がともに介護専門職やボランティアなどの介護，家族や隣人，そして自助グループによる人間味あふれる介護や世話を支え，促進するとともに，援助と人間相互のやさしいところづかいという新しい文化をめざすとしている。このような福祉に関する新しい文化を介護保険法の条文のなかを示すことは，従来一般に理解

されている“保護や要援護”という福祉概念から大きく前進することなのである”。

(3) 介護保険の意義と課題の顕在化

クリー教授によれば、介護保険の持つ意義は、第1にドイツにおける高齢者の社会保障に関する悪い印象を変えることであり、第2に、導入する際のさまざまな動機とともに、社会扶助費をめぐる地域の財政問題を解決するとともに医療保険の負担問題を解決するためであった。さらに第3として、有権者に対して、印象の良い社会政策を提案することであった。そして第4に社会国家における社会政策に新しい方向づけを行ったということであるという。

第3の部分については、今回の介護保険法が“資産保護法”であるという皮肉をこめた印象を従来から聞くことがあったが、この意味は施設に入っても介護保険の導入により利用費が介護保険充当分軽減されることから、資産の処分をまぬがれるというところから来ている。しかし、基本的に社会保険制度は現役であるかどうかを問わず雇用労働者を中心においた施策であり、わが国でいうところの“中流”対策であることは間違いない。しかしその中流とはかなり幅広いものであり、当然、一般庶民をも含めた一般国民対策という意味である。したがって“中流”においても介護保険や年金等による支払いができない場合はその額分のみ社会扶助が対応

するということになるし、より収入・資産が低い場合にはその額分、受け持ち部分が広がるということなのである。これはもちろん、わが国の事情を比較的に考えることも可能であり、日本の場合はこの関係がどうなるのかということである。第4は介護サービスが今までは競争が存在せず、行政の補助金および社会扶助と自払いというなかでの民間非営利の介護サービス提供機関とある種固定的関係であったのが、一定の市場にまかせるという意味で市場緩和が行われたということと、規制の緩和、さらに各地域における高額な負担を介護保険という全国一律の保険制度で軽減するという手法をとったということである。

このように見ていくと今度の介護保険が社会政策の原理について、3つの原理を取り入れたといえる。第1が市場の原理を導入したということ（市場化）であり、これにより介護の質が問題になったり、介護の質の保障が保険適用の要件となるなどの変化がおきることになる。市場のシビライゼーションにより市場を保護する道具ともなるのが介護の質の保障なのである⁵⁾。第2が限定的なサービスという「需要原則」ではなく、「財政原則」にもとづく給付という新しい社会保障の方向を示したということである。そして第3がこれも先に述べた連帯の原理の導入ということである。これは高齢者介護を社会化するということである。

表1 MD（介護審査機関）による判定結果（1995年11月30日現在）

	介護保険 給付申請 総数	異議申し 立て	処理件数	審査確定し介 護金庫に勧告 がなされたもの	要介護認定等級				他の方法 で処理さ れたもの
					等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	該当せず	
実数	1,844,834	67,439	1,637,707	1,558,570	489,585	412,530	196,233	460,222	79,137
パーセント			88.8		31.4	26.5	12.6	29.5	

このようなマクロな視点からの今後予想される仮説的な変化とは別に、ミクロなレベルでの変化について、特に介護問題がどう好転したのか、しないのかについては現在ドイツ国内でも連邦や州の補助金などを用いて研究者の問題関心から調査を行っている段階であり、特定地域の導入後の経過報告を除いてデータを踏まえた調査結果は出ていない。

明瞭なことは1995年11月30日現在で、介護保険の給付申請総数は184万4,834人で、そのうち6万7,439件が異議申し立てであり、処理件数は163万7,707件、審査が確定し介護金庫に対して勧告がなされたものが155万8,570件となっているということである。そして要介護認定等級I度となったものが48万9,585人、等級IIが41万2,530人、等級IIIが19万6,233人で、要介護と認定されなかった者が46万222人で29.6%となっ

ている。等級Iは31.4%、等級IIが26.5%、等級IIIが12.6%という割合である。それ以外に163万7千の処理件数のうち7万9千ばかりが他の方法で処理された。これらの数字のうち、要介護状態と認定されなかったものが3割となっており、この数字をめぐって審査が厳しい等の指摘がなされている。しかし、ドイツ国内の想定要介護者数165万人のうち施設等で暮らす要介護者が45万人程度といわれていたことを考えるなら、それ以外の在宅での要介護者125万人に対して184万人が申請しており、従来想定する数字（おおよそ介護保険新規対象者95万人、そのうち50万人が在宅給付、45万人が現に施設において給付対象となる。また、従来の医療構造改革法による医療保険給付対象がそれぞれ振り分けられ介護給付対象者等級II 50万人、等級III 20万人となる）を元に考えるなら妥当な線といえる⁶⁾。

表2 家事援助や介護を必要とする在宅・施設で暮らす者の数（1993, 1994年）

	計	在宅	施設
非要援護者	9,412,000人 67,914,000	9,356,000人 67,904,000	56,000人 10,000
家事援助のみを必要とする者	1,686,000 627,000	1,516,000 560,000	170,000 67,000
計	1,262,000 437,000	858,000 346,000	404,000 96,000
毎日介護	504,000 176,000	389,000 152,000	106,000 24,000
日に数回介護	490,000 160,000	355,000 110,000	135,000 50,000
常時介護	268,000 106,000	105,000 84,000	163,000 22,000
65歳以上計	12,360,000	11,730,000	630,000
65歳以下計	68,978,000	68,805,000	173,000
総計	81,338,000 ⁴⁾	80,535,000	803,000

注：数字の上段は65歳以上，下段は65歳以下。

出典：本表は高齢福祉評議会が前述の報告書の中でインフラテストなどのデータから、独自に作成したものの。本文31ページより引用

一方、従来の想定する数字がそもそも実情を反映していないと考えれば解釈は異なるであろう。その場合には、今回の介護保険法の導入によりそれらの潜在化していた数字が顕在化したともいえ、社会政策上、問題の掘り起こしが行われたことになり、その意味で意義のあることといえる。なお、高齢者福祉評議会がまとめた数字を表2で示したが、その数字で見るとかぎり障害者を含めて在宅でかなりの要介護状態にある者は120万4千人程度となっている。そして毎日の家事援助と介護が54万1千人、毎日数度の家事援助と介護が46万5千人、常時介護が18万9千人となっている。また、207万6千人が介護はそれほど必要ないが家事援助は必要なものである。

このような家事援助を中心とした要介護者については今回の介護保険では対象とならず、他法が対応することになることが当初から想定されていた。この社会扶助法等の対応についてはきわめて重要であり、社会扶助法制自体の法的構造を含め、これは別にオーストリアの事情とともに別に検討されなければならない。したがってここでは触れないが、社会扶助法の存在なしには介護保険が高齢者の介護問題のどの部分にどの程度寄与しえたかという答は出てこない。

また、今回の介護保険が基本的に枠組みを定めた法律であり、さまざまな州レベルでの州介護法や規則、通知や契約などによって実際の中身が決まる部分が多く、またそれぞれの契約関係が介護金庫とサービス供給機関との自治の関係で決まることから連邦レベルの法令で直ちに実態を理解することはできないのである。

2 介護サービスの標準化について

今回の介護保険は在宅給付にあたっては現物給付と現金給付のどちらを選択することも可能であり、またその組み合わせもできている。すでに指摘されているように、現在のところ、現金給付が8割（ただし、民間介護保険では65%にとどまっており、公的保険の方が現金給付選択率は高い）で、現物給付および組み合わせ給付が2割という状態である。ユング次官がわが国に滞在中、「将来半分が現物給付を選択するのではないか」と、発言した旨伝えられているが、それが今後どのように推移するか現在のところ不明である⁷⁾。

(1) 現物給付か現金給付か

介護保険の在宅給付について、一般的に現物給付と現金給付を比べると同じ要介護度でははるかに現金給付の額の方が低い。にもかかわらず8割が現物給付を選択するのは、いくつか理由が考えられる。適切なサービスの組み合わせが出来ない場合、家庭介護者の生計の足しとされて、家庭介護者の生活費に充当される場合（この場合なによりも現金であることが重要である）。一方、経済的にゆとりがあるため在宅サービスを個人で購入し（民間介護保険の現金給付なども活用することも含まれる）、その足しとして現金給付を選択する場合、経済的にゆとりがあるため現物サービス（特に等級IIIなどの場合）を選択し、かつ民間サービスも購入するゆとりを持つ場合、といったことからそれぞれの選択が行われる。クリー教授によれば、今度の介護保険の導入により介護について2つの市場が生まれているという。1つが第一市場で現物給付

の世界である。第二市場が現金給付の世界である。そして、第一市場ではそれぞれの介護保険給付が介護報酬契約に基づき一定のサービス価格として提供される。第二市場は灰色の市場であり、ヤミの市場でもある。重度の要介護状態と認定された場合(2,800マルク。特に重篤な場合には3,750マルク)、明らかに一定の経済状態であれば現物を選択した方が良いことは明らかである(現金給付の上限額は1,300マルクである)。かりにそれ以上の保険外(自払い)支出がある場合でもかわりないであろう。これは施設に入る場合よりも経済的な利得がある。そして、第一市場については一定の介護の質が確保されることになる。第二市場については、質という点でも灰色ということになる⁹⁾。

このように要介護の程度がどのように判定されたかということと、一定の経済状態(要介護者と家族・親族等)、さらに想定される非専門的な介護者想定者の近隣居、就労状態によって決まってくることから、単純に現物給付と現金給付の選択が所得階層によって類型化されるとはいえない(なお、それに関連するサービス選択の聞き取り調査が行われているようである)。

(2) 介護サービスの組み合わせ

このような現物と現金の選択とともに、サービスの組み合わせには、1) 現物給付内のサービスの組み合わせと、2) 現物給付とショートステイ、デイサービスとの組み合わせ、さらに3) 2)の組み合わせと現金給付との組み合わせ、がある。現金給付だけの場合にはなるほど、介護等級Iで半年に一度、介護等級II, IIIで3か月ごとに要介護者の自宅に専門家が訪問するとともに、介護保険から介護教室に通うこともできる。しかしながら、いわゆる介護・家事援助につい

ては(医療的処置などは医療保険でなされる)常時専門家が行うわけではない。したがって介護保険導入前に比べればより適切な介護が行われるであろうが、なんらかの形で専門介護が組み合わされることがのぞましいであろう。したがって、介護の標準化ということについては1), 2), 3)ということになる。

1)については、各州でさまざまな介護給付の組み合わせを作っている。そもそも、介護保険における要介護状態に対する介護サービスの種類は「介護指針」に定められている⁹⁾。医療的な世話は介護保険の給付の対象ではなく、医療保険による給付となるのは介護保険の主旨からして当然であるが、要介護状態の認定の際に対象となるのは、日常生活のなかで定期的に繰り返される通常の活動だけであるから、対象となる活動は、1)主として身体的な手入れの分野(①身体を洗う、②シャワーをあびる、③入浴、④歯磨き、⑤髪をとく、⑥ひげそり、⑦排便・排尿、2)食事の分野(⑧食物を口に適度の大ききで運ぶ、⑨食物摂取、3)行動の分野(⑩起床・就床、⑪衣服の着脱、⑫歩行、⑬立位、⑭階段の上り下り、⑮住居からの外出、帰宅)、4)家事に関する分野(①買い物、②料理、③住居の掃除、④食器等の水洗い、⑤着衣の交換、衣類や洗濯物の洗濯、⑥暖房)の21項目となっている。いわゆる身体介護の部分と家事援助の両方に渡って保険給付の対象とされるが、入浴や排泄介護といっても一連の介護行為その他の行為の複合である。また、実際の生活場面では生活や生理のリズムによって介護サービスが提供されなければならないから、おのずと個々の介護行為の複合体、メニューが作られることが適当である。したがって給付コンプレックスや介護モジュールと呼ばれる標準的なサービスメニューが

作られることになる⁹⁾。要介護状態の判断の基準については従来から、AEDL-Modellや介護ドキュメントと介護スタンダード、また介護の質の保障という観点から検討されていた。それらを含めて、従来からの経験を踏まえて介護指針は策定された。したがって、介護指針を策定する当時は、たとえば、介護指針で定められた個々の要介護を判定する際の手法や要介護の各段階に対する時間の算定、さらにそれに対する介護プランについて、アメリカにおけるナーシングホームの質の改善のために作られたMDSやその在宅版などは参考にされなかった。とは言うものの、現在、介護や看護における介護の質の確保、また介護の学問化（*pflegewissenschaft*）のなかでドイツにおいても「レジデンシャル・アセスメント・インスツルメント—ホームケア版」やMDSについては介護の質の向上の観点からロバート・ボッシュ財団の助成などによりプロジェクト研究や調査が行われているようである¹⁰⁾。

(3) 今後の課題

しかし、介護保険法の策定において、また介護指針で勧告された介護等級等を受け個々の要介護者にサービスを提供する際に、アメリカにおけるこれらの先行的な数量的研究が参考にされたり、現実に活用されているとは現在のところいえない。むしろ今後の課題として、国際的な共同プロジェクトやWHO等においてプロジェクトが進むと考えられる。また、アセスメントが何のためのアセスメントなのかということも重要である。ドイツではわが国の介護福祉士に対応する老人介護士制度があり、看護婦、看護師、障害介護士等とともに介護専門職として位置付けられている。そのような条件のもと

でアセスメントが行われ、介護の質の維持・向上が日常的に、また継続教育を通じて行われるのである。ドイツではケアプランやアセスメントはサービスの質の保障という準拠枠のなかで位置付けられるものである。介護保険法の80条において介護の質の保障の規定が定められているが、その具体的な内容については介護の質と質の保障に関する連邦統一規則と基準を別に定めるとされている。これについてはその後、在宅サービスについて、デイケア・ナイトケアについて、ショートステイについて、それぞれ別個に統一規則が定められた。また最近施設の統一規則についても案が出された（質の統一規則も、介護指針を定めた時と同じ構成メンバーによって策定されている）。在宅サービスの場合、介護の質は構造的な質、プロセスにおける質、結果としての質という3つの要素を含み、構造的な質の保障という部分では、介護サービスの管理体制、責任者、介護専門マンパワーなどが含まれる。第2のプロセスにおける質保障では介護過程における初回訪問や介護プラン、介護ドキュメント、介護チーム、協働関係などが挙げられている。

介護審査による勧告・奨励を受け、等級が決まった後、前項(2)の1)については州によっていくつかの給付モジュールや介護コンプレックスが作られているが、それらは介護保険法によって時間と給付上限額が決まっていることから、その料金内でオプティマムな一週間の給付モジュールを組み立てられるとは限らない。したがって、それは冒頭に記したように、ドイツの介護保険法が完全に外部サービスによって介護サービスを必要とする者の需要をすべて満たすとは考えられないし、またそれを最初から企図しているわけではないということでもある。各州の

給付モジュールはさまざまな工夫をし、給付モジュール自体によって一定の介護標準を達成しようとしたり、介護計画の作成などを介護保険給付として出せるようにしたり、それなりの工夫を行っている。2)、3)についても、それぞれの要介護者に適した、また利得を最大限にする組み合わせが考えられる。特に最重度の要介護状態の場合など、デイケア・ナイトケアを活用しつつ、通常の在宅サービスと現金給付を組み合わせ、多少の自己負担を加味するなら相当の給付となる。しかし、ケアマネジメントやケースマネジメントがやはり十分行われているとはいえないであろう。バーデンビュルツェンブルク州のように IAV というセンターを 4 年前から整備し始めたところでは、介護保険 (MDK) が行うケアプラン、介護サービス提供機関が行うケアプラン、医者が行うケアプラン (1996年1月から、医療保険から家庭医がケアプランを策定すると380ポイント得ることができるようになった) がそれぞれ動機が異なり、また MDK のように一時的であったり、ケアサービス提供機関の場合、サービスの提供が決まってからケアプランを作ることになる等、それぞれ問題があるのに対して、それらを補完し、介護保険ではできない組織作りを行おうとする条件がととのえられているところもある。

最後に最近の新しい動きについて述べておくと、介護指針が12月21日に改定された。これは本年7月からの施設介護に対応するためである。また同様に介護保険法改正についても昨年の11月に与党連立政権内で合意がなされたが、本年2月6日に改正法案が出された¹⁾。

注

1) 「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険

の諸問題」『総合社会保障』昭和60年6月号、p. 44-60. 社会保険新報社

- 2) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eds. 1994, "Versicherungsschutz & Leistungen - Erläuterungen zur Sozialen Pflegeversicherung". Bundesarbeitsblatt Buch.
- 3) Dr. Willi Rückert. Studienbrief-Pflegenotstand-Stand: 23. 2. 96. 本報告書は未定稿のもので、財団の社会経済部門長である Rückert 氏がまとめたもの。なお、本稿作成にあたっては、この Rückert 氏とともに Rolf Genrich 氏にも面談し、議論をさせて頂いた。記して感謝する。
- 4) これについても、わが国における老人保健審議会の報告書「高齢者介護保険制度の創設について」等で示された基本目標と一致する。
- 5) フライブルク専門単科大学の教授である Thomas Klie 氏がこれらの問題について積極的に論じている。Thomas Klie 1995 "Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität von Pflegeleistungen" in Uwe Fachinger Heinz Rohgang, eds., Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. その他に Forum Sozialstaion や Häusliche Pflege などに多く寄稿している。
- 6) そもそも介護保険の対象となる要介護の範囲のうち最も軽い程度が平均すると最低でも一日1時間半の毎日欠かせない介護・家事援助が必要であるという常時要介護者であり、そのこと自体が相当厳しい関門になっていると考えるべきである。わが国で現在検討されている高齢介護保険制度のサービス提供イメージ「サービスモデル (典型的なケース)」のIIIの1などは該当しないことになる。まして虚弱高齢者への家事援助のみのニーズへはドイツの介護保険制度は対応しないといえる。その意味で保険適用の範囲が厳しいといえる。しかし、その一方で、当初の認定行為にさまざまな問題があったことは事実である。その理由は駆け込み申請により、ていねいな審査が困難になったという事情がある。介護保険の導入にともない、在宅介護給付実施時期の1994年4月に先立つ、前年の10月より申請を

受けつけた。当時、平均月10の申し込みを想定したが、当初の4か月では10件を越えなかった。それが、2月になり、2月、3月で1か月に30万の申請が殺到した。すでに94年2月時点で、申請上のさまざまな疑問や適正な審査の必要から審査者向けの審査ガイドブック「社会法典Ⅺによる要介護の審査手引き」を作成したが、それがMDKで5月17日付けで草案として出されることになる。なお、介護指針そのものについては拙稿「公的介護保険における介護指針について」『社会保険旬報』No. 1865.95. 2.21参照。

- 7) ユング次官等の発言については招聘元である生活福祉研究開発機構が近く報告書を出す予定である。
- 8) 介護指針は注6のところでは記したように、わが国でも内容を知ることができる。また、1996年7月から施設給付が行われることから、従来の介護指針は改定された。これについては近日、前述『社会保険旬報』より子細な内容を紹介したものが出される予定であるが、その

指針の原則の維持については在宅と施設を同様とするのかしないので様々な議論があった模様である。なお、オーストリアでも同様にすでに介護手当法が施行されていることから介護審査書（チェック表）が作成されている。

- 9) 拙稿「ドイツ介護保険システムの現状と課題」1995年10月号より3月号まででそれらについていくつか紹介している。
- 10) ボッシュ財団ではこのような介護の科学化や介護の質を向上させるための研究助成などを行っているが、それ以外にもフランス、オランダ、ドイツによる共同研究やWHOベースの共同研究が行われている。
- 11) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F. D. P., “Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze”. 06. 02.96. なお、本改正案は昨年の与党連立政権合意案と比べると大幅に修正されている。
(とちもと・いちさぶろう
社会保障研究所研究部主任研究員)

〈参考資料1〉高齢者施設の近年の推移

	高齢者住宅	高齢ホーム	介護高齢ホーム	複合施設
1988年	629 ¹⁾	2,154	1,220	2,548
	52,796 ²⁾	126,468	84,426	243,808
1990年	624	2,066	1,392	2,607
	50,409	125,642	91,070	249,698
1991年	634	2,057	1,904	3,562
	52,850	129,896	144,338	325,872
1993年	664	2,033	2,271	3,331
	51,839	127,213	156,492	338,469

注：施設の種別に大きな変化が出ていることが理解される。

なお、経営形態別では公立が17.5%、民間非常利が52.7%、営利が18%となっている。

1) 上段施設数、2) 下段ベッド数

＜参考資料2＞ ドイツ介護保険における介護モジュールについて

(訳) 柄本一三郎

【介護サービス】

1 長時間の身繕い化粧一式 (清潔保持大)

- (1) 衣服の着脱
- (2) 基本介護・スキンケア
- (3) 髪を櫛ですく
- (4) 口および歯の手入れ, 義歯の手入れ, 耳下腺炎や口じょくの手当
- (5) 髭剃り顔剃り
- (6) 身体の清潔(ベッドにて, または洗面台でまたはシャワーで, 場合によっては洗髪)

- (7) ベッドからまたはベッドへの移動

コスト対象時間45分, 仕事時間50分, 料金38.25マルク (26.25)

*カック内料金は非専門家による場合

2 簡易化粧

- (1) 口および歯の手入れ, 義歯の手入れ, 耳下腺炎や口じょくの手当
- (2) 身体の清潔 (ベッドまたは洗面台で)

- (3) ベッドからまたはベッドへの移動

時間30分, 料金25.5マルク (17.5)

3 全身浴

- (1) 衣服の着脱
- (2) 入浴 (場合によっては洗髪)
- (3) 基本介護
- (4) ベッドからまたはベッドへの移動

時間45分, 料金38.25マルク (26.25)

4 排泄の手伝い (排便および排尿, 嘔吐の世話)

- (1) 衣服の着脱

- (2) 指を利用したの排泄
- (3) カテーテルおよび尿びんを使用したの排泄介護
- (4) 嘔吐の場合の排泄物の処理 (胃ゾンデによる胃洗浄, 廃棄物の始末も含む)
- (5) 放尿および排泄の手助けおよび世話 (ストマによる世話も含む)
- (6) トイレに行くときの世話
- (7) 身体の汚れた部分を清潔にする

注意事項第2項のプロコール

A. 2については, 必須の仕事であるが, 記録には残さない。

B. 3のカテーテル挿入および膀胱洗浄, カテーテルの取り替え, サブラプヒッシュカテーテルの場合の包帯取り替えは治療処置の介護の措置である。

C. 5については, ストマ処置の場合には傷口の手当てをする必要がある。また, 治療処置的介護措置もある。

時間20分, 料金17マルク (11.65)

5 横臥介護

- (1) ベッドメーカーキング
- (2) 寝かせる
- (3) 床ずれ予防 (場合によっては基本的介護を含む)

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

6 運動

- (1) 虚弱化した骨や腕を数多く動かし関節の硬直化を予防
- (2) 呼吸の仕方の指導による

肺炎の予防

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

7 食物摂取の際における簡単な手助け (軽)

- (1) ベッド上で起こしてあげる。またはテーブルにつかせる
- (2) 食べやすいように食物を分けてあげる
- (3) 温かい, または冷たい飲み物を用意する。

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

8 食物摂取における広範な手助け

- (1) ベッド上で起こしてあげる。またはテーブルにつかせる
- (2) 食べやすいように食物を分けてあげる
- (3) 温かい, または冷たい飲み物を用意する
- (4) 食べさせたり, 飲ませたりする

時間35分, 料金29.75マルク (20.40)

9 自宅からの外出・帰宅の際の付添 (ただし, 散歩や催し物等への参加の場合は含まれない)

すべての関係者 (要介護者, サービス提供者, 介護金庫) に所要時間が1時間で適切に対応できるよう明確化しておく。

- (1) 自宅からの外出・帰宅に際しての衣服の着脱
- (2) 階段の昇り下り
- (3) 役所, かかりつけ医, 買い物物の付添

時間1時間, 料金51マルク (35)

【家事援助サービス】

10 簡単な食事の調理・用意 (場合によっては別のサービスでもよい)

- (1) 冷たい食事の準備および調理
- (2) すでに調理された料理を温める
- (3) 皿に盛りつける
- (4) 食卓を整える
- (5) 後片づけ
- (6) 食器洗い

時間25分, 料金18.75マルク (14.6)

11 配食サービスないしセンターでの昼食

配食サービスの場合は, 自宅外での調理および配達コストと自宅への搬入

センターでの食事の場合は, 調理と配達コストと配膳および食器洗い等のサービス

時間: 時間では決めない, 料金4マルク

12 要介護者の自宅における通常の温かい食事の調理・用意

- (1) 料理
- (2) 食器洗いおよび後片づけ
- (3) 食事を行ったところの清掃

時間50分, 料金37.5マルク (29.15)

13 買い物(大きなもの: 要介護者を伴わない)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が1時間で適切に対応できるよう明確化しておく

- (1) 買い物や献立の計画
- (2) 食料品やその他の健康上および家政上必要なものの購入
- (3) 薬局や郵便局, クリーニングなどの手配や処理
- (4) 住宅内に購入したものを

収納する

料金45マルク (36)

14 買い物(小さいもの: 要介護者を伴わない)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が20分で適切に対応できるよう明確化しておく

- (1) 買い物や献立の計画
- (2) 食料品やその他の健康上および家政上必要なものの購入
- (3) 薬局や郵便局, クリーニングなどの手配や処理
- (4) 住宅内に購入したものを収納する

料金15マルク (11.65)

15 洗濯物・衣類の洗濯

洗濯物や衣類に関するあらゆる仕事(繕いも含むがアイロン掛けは含まない)

ユニット: 洗い物を洗濯機に入れたり, 手洗い等の洗濯に関する全部の世話

時間45分, 料金33.75マルク (26.25)

16 アイロン掛け

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が30分で適切に対応できるよう明確化しておく

洗濯物を収納することも含まれる

料金22.5マルク (17.5)

17 シーツを交換した完全なベッドメーカー

時間10分, 料金7.5マルク (5.85)

18 家の大掃除(基本的清掃)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が3時間で適切に対応できるよう明確化しておく

これらに併せて別のサービスも

- (1) カーテンの取りはずし, 洗濯, 着装
- (2) 窓清掃
- (3) 冷蔵・冷凍庫の清掃と霜取り
- (4) 飼っている動物の小屋の掃除

料金135マルク (105)

19 通常の簡単な掃除

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が30分で適切に対応できるよう明確化しておく

これらに併せて別のサービスも

- (1) ゴミの分別と処理
- (2) 浴室, トイレ, 台所の掃除
- (3) 電気掃除機による掃除, 湿った箇所の掃除
- (4) 洗い流し
- (5) 埃取り
- (6) 階段室清掃

料金22.5マルク (17.5)

20 暖房

前提: 薪, 石炭, 石油等燃料の点火

燃料の入手と処理を含む

- (1) 燃料の運搬, 積み込み, 補充
- (2) 点火
- (3) 灰の処理
- (4) 炉の清掃

時間15分, 料金11.25マルク (8.75)

* 1 ドイツマルク: おおよそ 71.5円

※本資料は前述『月刊福祉』からの転載である。