

## メルケル政権下の介護保険制度改革の動向

森 周子

### ■ 要約

本稿では、2005年以降のメルケル政権下の介護保険制度の動向を概観する。2008年に制度創設以来の大改革（2008年改革）がなされたが、その内容は（とくに認知症患者などへの対応に関して）不十分であるとされ、来るべきさらなる大改革（要介護概念の見直し）に向けた準備という位置づけの改革（2012年改革）が2013年1月に施行された。2005年から2009年までのCDU/CSU（キリスト教民主・社会同盟）とSPD（社会民主党）の大連立期、2009年から2013年までのCDU/CSUとFDP（自由民主党）の連立政権期、そして2013年9月の総選挙を経た同年12月のCDU/CSU・SPDの大連立政権の再発足におけるドイツ介護保険の動向が、わが国のそれとどのような共通点・相違点を持つのかについて考察する。

### ■ キーワード

ドイツ、メルケル、介護保険、認知症

### I. はじめに

2005年11月の大連立政権の発足から2013年12月の大連立政権の再発足までのメルケル政権期における介護保険制度改革の動向を振り返ると、2008年5月の介護保険継続発展法による制度発足以来の大改革という大きな山場と、そこで積み残された課題を克服するための準備段階としての2012年6月の介護保険新展開法による改革、という山場が存在したことがわかる。本稿では、これら2つの改革がなされた背景、改革内容、残された課題について概観し、2013年の連邦総選挙を経て発足した大連立政権における介護保険改革の方針についても触れ、2015年度に介護保険制度の見直しが予定されている日本への示唆を探る。

### II. ドイツの介護保険の概要と現状

#### 1. 概要

ドイツの介護保険法（社会法典第11編。以下SGB XIと略記）は1994年5月に成立した。1995年1月から保険料が徴収され、同年4月から在宅介護給付、1996年7月から施設介護給付が開始された。保険者は、医療保険の保険者である疾病金庫に設けられた「介護金庫」(Pflegekasse)である。被保険者はすべての医療保険加入者であり、その数は2013年7月1日時点で約6987万人である(BMG2013e)<sup>1)</sup>。介護保険は、可能な限り要介護者が自立し自己決定に基づく生活を送れるよう援助することを目的としており（自己決定の原則）(SGB XI 2条)、在宅介護の優先（同3条）、予防及び医学的リハビリテーションの優先（同5条）と

いった原則を有する。

ドイツにおける要介護者の定義は、「身体的、知的または精神的な疾病または障害のために、毎日の生活の中で、日常のかつ規則的に繰り返し行われる行為について、長期的に、少なくとも6か月以上の見込みで、著しくまたは高度に支援を必要とする者」(同14条(1))とされる。日常のかつ規則的に繰り返し行われる行為として、身体介護分野、栄養摂取分野、移動分野、家事援助分野の4つが定められ(同14条(3))、前三者を基礎介護という。そして、この4分野とそのそれぞれについて定められた行為のうちで支援が必要なものの範囲と、それぞれについて必要な支援の頻度・時間に応じて、要介護1(著しい要介護。1日最低90分(うち基礎介護が1日最低45分以上)の介護が必要)、要介護2(重度の要介護。1日最低3時間(うち基礎介護が1日最低2時間以上)の介護が必要)、要介護3(最重度の要介護。1日最低5時間(うち基礎介護が1日最低4時間以上)の介護が必要)

の三段階に区分され(同15条)、それぞれの給付額が定められている(表1)。要介護認定は、医療・介護関連の助言・評価サービスを行う第三者機関である「医療保険メディカルサービス」(以下MDKと略記)の審査・評価に基づき、介護金庫が行う(同18条)。保険料率は2013年以降、2.05%(子を持たない23歳以上65歳未満の被保険者は0.25%上乗せされた2.3%)(労使折半<sup>2)</sup>)とされている(同55条)。

日本の介護保険との相違点としては、①給付範囲が狭く(著しく介護を要する者にしか支給されず、サービス給付の限度額も日本のそれと比べて低い)、「部分保険(Teilversicherung)」と呼ばれる、②被保険者の年齢制限がなく(日本では40歳以上)、すべての年齢の者(障害者・障害児などを含む)が対象となる、③在宅給付においてサービス給付のみならず現金給付(介護手当)も存在する、④サービス給付に係る介護報酬が全国一律ではなく、州によって異なる、⑤サービス給付利用

表1 主な介護保険給付一覧

		要介護度0	要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III
在宅介護	サービス給付(限度額)(月額)(€)	— (日常生活能力が著しく制限されている場合) 225	450 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 665	1,100 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 1,250	1,550 (特に過酷な場合) 1,918
	介護手当(月額)(€)	— (日常生活能力が著しく制限されている場合) 120	235 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 305	440 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 525	700
代替介護 (年間4週間まで) (限度額)(€)	近親者による	— (日常生活能力が著しく制限されている場合) 120	235 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 305	440 (日常生活能力が著しく制限されている場合) 525	700
	その他の者による	1,550			
ショートステイ(年間4週間まで)(限度額)(€)		—		1,550	
デイケア・ナイトケア(限度額)(月額)(€)		—	450	1,100	1,550
追加的な世話給付	基本額	100			
	引上げられた額	200			
居住共同体に居住する要介護者に対する追加給付(月額)(€)		—		200	
完全入所介護	(月額)(€)	—	1,023	1,279	1,550 (特に過酷な場合) 1,918

注：1)「日常生活能力が著しく制限されている場合」の例として、主に認知症が挙げられる。

2)「近親者」には家族、親類のみならず、隣人、友人も含まれる。

出所：BMG(2013e)

にあたって利用者負担が存在しない（なお、施設介護の場合は宿泊費と食費は利用者負担となる）、⑥公費負担がなく、運営費用はすべて保険料により賄われる（田中2011、36）、などが挙げられる。サービス給付は、民間福祉団体または地方自治体により設置されたソーシャルステーションと民間介護サービス事業者によって提供される（松本2007、31-32）。

既述のようにドイツの介護保険制度は給付範囲

が狭く、近親者の介護力への依存が強い制度であると捉えられる。そして、じっさいに介護をする近親者への配慮もなされており、要介護者を在宅で週14時間以上介護する近親者は、労災保険による保障の対象となる。また、年金保険の強制被保険者ともなり、保険料は介護金庫が負担する（但し介護をしながら週30時間を超える就労をしていないことが条件である）（同44条）。さらに、介護手当を受給している場合の近親者による介護の質

表2 要介護度別受給者数の推移

単位：人

年	在宅				施設				全体			
	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計
1995	—	—	—	1,061,418	—	—	—	—	—	—	—	1,061,418
1996	508,462	507,329	146,393	1,162,184	111,856	162,818	109,888	384,562	620,318	670,147	256,281	1,546,746
1997	568,481	486,263	142,933	1,197,677	159,383	189,702	113,186	462,271	727,864	675,965	256,119	1,659,948
1998	616,506	471,906	138,303	1,226,715	187,850	210,525	113,028	511,403	804,356	682,431	251,331	1,738,118
1999	668,314	472,189	139,876	1,280,379	203,950	226,657	115,376	545,983	872,264	698,846	255,252	1,826,362
2000	681,700	448,427	130,698	1,260,825	210,883	234,839	115,622	561,344	892,583	683,266	246,320	1,822,169
2001	697,714	436,693	127,260	1,261,667	218,909	242,779	116,247	577,935	916,623	679,472	243,507	1,839,602
2002	725,993	435,924	127,235	1,289,152	230,383	249,600	119,834	599,817	956,376	685,524	247,069	1,888,969
2003	733,302	424,682	123,414	1,281,398	237,907	254,477	121,635	614,019	971,209	679,159	245,049	1,895,417
2004	746,140	426,632	123,039	1,296,811	245,327	258,926	124,639	628,892	991,467	685,558	248,678	1,925,703
2005	759,114	425,843	124,549	1,309,506	251,730	262,528	128,189	642,447	1,010,844	688,371	252,738	1,951,953
2006	767,978	418,617	123,156	1,309,751	265,294	264,492	128,968	658,754	1,033,272	683,109	252,124	1,968,505
2007	804,628	426,855	126,718	1,358,201	273,090	266,222	131,772	671,084	1,077,718	693,077	258,490	2,029,285
2008	861,575	439,605	131,354	1,432,534	274,925	273,016	133,010	680,951	1,136,500	712,621	264,364	2,113,485
2009	932,434	466,806	138,334	1,537,574	282,236	277,164	138,247	697,647	1,214,670	743,970	276,581	2,235,221
2010	967,973	471,609	138,262	1,577,844	290,759	279,055	140,141	709,955	1,258,732	750,664	278,403	2,287,799
2011	996,437	468,798	136,835	1,602,070	302,514	273,631	139,159	715,304	1,298,951	742,429	275,994	2,317,374
2012	1,043,065	483,159	140,884	1,667,108	313,280	273,733	142,533	729,546	1,356,345	756,892	283,417	2,396,654

在宅給付と施設給付の比率(%)

在宅給付	施設給付	合計
100	0	100
75.14	24.86	100
72.15	27.85	100
70.58	29.42	100
70.11	29.89	100
69.19	30.81	100
68.58	31.42	100
68.25	31.75	100
67.61	32.39	100
67.34	32.66	100
67.09	32.91	100
66.54	33.46	100
66.93	33.07	100
67.78	32.22	100
68.79	31.21	100
68.97	31.03	100
69.13	30.87	100
69.56	30.44	100

単位：%

年	在宅				施設				全体			
	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	合計
1995	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	100.0
1996	43.8	43.7	12.6	100	29.1	42.3	28.6	100	40.1	43.3	16.6	100.0
1997	47.5	40.6	11.9	100	34.5	41	24.5	100	43.9	40.7	15.4	100.0
1998	50.3	38.5	11.3	100	36.7	41.2	22.1	100	46.3	39.3	14.5	100.0
1999	52.2	36.9	10.9	100	37.4	41.5	21.1	100	47.8	38.3	14	100.0
2000	54.1	35.6	10.4	100	37.6	41.8	20.6	100	49	37.5	13.5	100.0
2001	55.3	34.6	10.1	100	37.9	42	20.1	100	49.8	36.9	13.2	100.0
2002	56.3	33.8	9.9	100	38.4	41.6	20	100	50.6	36.3	13.1	100.0
2003	57.2	33.1	9.6	100	38.7	41.4	19.8	100	51.2	35.8	12.9	100.0
2004	57.5	32.9	9.6	100	39	41.2	19.8	100	51.5	35.6	12.9	100.0
2005	58	32.5	9.5	100	39.2	40.9	20	100	51.8	35.3	12.9	100.0
2006	58.6	32	9.4	100	40.3	40.2	19.6	100	52.5	34.7	12.8	100.0
2007	59.2	31.4	9.3	100	40.7	39.7	19.6	100	53.1	34.2	12.7	100.0
2008	60.1	30.7	9.2	100	40.4	40.1	19.5	100	53.8	33.7	12.5	100.0
2009	60.6	30.4	9	100	40.5	39.7	19.8	100	54.3	33.3	12.4	100.0
2010	61.3	29.9	8.8	100	41	39.3	19.7	100	55	32.8	12.2	100.0
2011	62.2	29.3	8.5	100	42.3	38.3	19.5	100	56.1	32	11.9	100.0
2012	62.6	29	8.5	100	42.9	37.5	19.5	100	56.6	31.6	11.8	100.0

出所：BMG（2013c）

の確保についても配慮されており、定期的に介護専門職による訪問調査がなされる<sup>3)</sup>ほか、介護金庫は介護専門職による無料の介護講習を近親者の介護者に実施する（同45条）。

また、給付範囲の狭さゆえに、介護保険からの給付で不足する分については自己負担で調達することとなるが、たとえば、年金収入などが少額であるがゆえに、介護保険からの給付とあわせても介護施設などの費用を支払うことが困難である場合には、社会扶助制度（日本の生活保護制度に相当。費用は自治体（郡に属さない市および郡）が負担する）のなかの介護扶助により、緩やかな資産調査を経て、不足額の給付を受けられる（同13条）。介護扶助はまた、要介護度に満たないが介護を要する者に対しても支給される（社会法典第12編（SGBXII）61条）。

## 2. 現状

要介護度別受給者数の推移（表2）をみると、施設給付の受給者の比率が緩やかに増加していることがわかる。なお、2012年末時点の要介護者に占める65歳以上の高齢者の割合は79.6%である（BMG2013）。次に、給付種類別受給者数の推移（表3）をみると、サービス給付よりも現金給付のほうが受給者数が圧倒的に多い。また、コンビネーション給付（サービス給付と現金給付との組み合わせ受給）、デイケア・ナイトケア、ショートステイが緩やかな増加傾向にある。そして、保険給付費の推移をみると、2008年以降は黒字基調で推移しており、積立金も2012年時点で55.5億€であり、2007年以降増加傾向にある（表4）。

表3 給付種類別受給者数の推移

単位：人（カッコ内は構成割合。単位：％）

給付の種類	1996年	2000年	2004年	2009年	2012年
介護手当（現金給付）	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)	1,034,561 (45.5)	1,075,835 (43.9)
介護サービス（サービス給付）	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)	179,795 (7.9)	129,489 (5.3)
コンビネーション給付	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)	284,670 (12.5)	380,186 (15.5)
デイケア・ナイトケア	3,639 (0.2)	10,287 (0.5)	15,045 (0.8)	28,895 (1.3)	47,730 (1.9)
ショートステイ	5,731 (0.4)	7,696 (0.4)	9,989 (0.5)	16,542 (0.7)	18,427 (0.8)
完全施設介護	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)	613,746 (27.0)	642,334 (26.2)
障害者の完全施設介護	5,711 (0.4)	55,641 (3.0)	65,052 (3.3)	79,457 (3.5)	81,172 (3.3)
合計	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (100.0)	1,983,363 (100.0)	2,271,445 (100.0)	2,449,383 (100.0)

出所：土田（2012）, 2ページを一部改変；BMG（2013d）

表4 給付費の推移

単位：10億€

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
収入	8.41	12.04	15.94	16.00	16.32	16.54	16.81	16.98	16.86
支出	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56
収入-支出	3.44	1.18	0.80	0.13	-0.03	-0.13	-0.06	-0.38	-0.69
積立金	2.87	4.05	4.86	4.99	4.95	4.82	4.76	4.93	4.24

  

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
収入	16.87	17.49	18.49	18.02	19.77	21.31	21.78	22.24	23.04
支出	17.69	17.86	18.03	18.34	19.14	20.33	21.45	21.92	22.94
収入-支出	-0.82	-0.36	0.45	-0.32	0.63	0.99	0.34	0.31	0.10
積立金	3.42	3.05	3.50	3.18	3.81	4.80	5.13	5.45	5.55

出所：BMG（2013b）

### Ⅲ. メルケル政権下の制度改革の展開

メルケル政権発足以前のSPD・緑の党連立政権期の2000年代前半には、①介護保険からの給付のみではサービスを賄いきれない要介護者の増加にともない、介護扶助の支出額も徐々に増加していたこと（田中2011、43）、②在宅介護の優先を掲げているにも関わらず、施設入所者が緩やかな増加傾向を辿っていたこと、③財政が1999年以降赤字基調となっていたことなどから、制度創設以来据え置かれてきた給付額と保険料の引上げの要請が見られた。また、要介護度の評価基準が身体的な介護に対応した設計となっており、認知症患者や精神障害者などに対する適切な要介護度の評価がなされ得ないという批判や、一部の在宅や施設で劣悪な介護が行われているという、いわゆる「介護スキャンダル」に関する一連のマスコミ報道なども受けて、2000年代前半にいくつかの改革がなされた（2002年1月施行の介護の質保障法と介護給付補完法、2003年8月施行の新しいホーム法、2005年1月からの子のない被保険者に対する保険料の0.25%引上げなど）（詳細は土田2006、27）。しかし、それらも不十分とされ、より抜本的な改革が要請されていた。

2005年9月の連邦議会総選挙の選挙公約では、SPDは、すべての国民が加入する「介護市民保険」の導入を提案し、また、制度開始以来固定されてきた給付額を物価に合わせて調整することと、在宅給付および認知症の者に対する給付の改善を提案した（SPD2005、54）。かたや、CDU/CSUは、現行制度の原則（在宅介護優先、リハビリテーション優先）を確認した上で、補完的な積立方式の仕組みの導入を提案した（CDU/CSU2005、27）。

総選挙の結果、それまで与党であったSPDも、最大野党であったCDU/CSUも過半数の議席を獲得できず、同年11月に大連立政権が発足するに至

った。連立協定には、介護保険に関して、持続的で公正な財政の保障（積立方式の仕組みによる補完、予防とリハビリテーションの改善など）と給付面での改善（給付額の調整、要介護概念の見直しなど）が記された（CDU/CSU/SPD2005、106-108）。そして、2006年10月には要介護概念の見直しに関する連邦保健省の諮問委員会（新要介護概念の具体的な構築のための専門家委員会：以下、専門家委員会と略記）が設置された。

介護改革は当時着手されていた医療改革の後に取り込まれるべきとされ、2007年3月に「公的医療保険競争強化法」が成立した後の同年6月に、連立与党委員会が「介護保険の継続的発展のための改革」という合意を取りまとめた（田中謙2008、54）。なお、連立与党内で合意に至らなかったため、CDU/CSUが提案していた積立方式の仕組みによる補完、要介護概念の見直しなどはこの合意には盛り込まれなかった。

#### 1. 2008年改革（介護保険継続発展法） （Pflege-Weiterentwicklungsgesetz）

2007年10月には、上記の合意内容に基づく介護保険継続発展法案が閣議決定された。そして、審議過程での修正を経て、2008年3月に連邦議会の可決、同年4月に連邦参議院の承認を経て成立し、同年5月に公布され、同年7月に施行された。

##### (1) 2008年改革の内容

###### ① 在宅介護の充実

在宅介護の給付額の段階的な引上げ<sup>4)</sup>がなされ、3年ごとに物価上昇率を勘案した給付調整がなされることとなった<sup>5)</sup>。また、介護保険のサービスと医療保険の訪問看護・リハビリテーションなどに関する相談・情報のワンストップセンターである介護支援拠点（Pflegestützpunkt）が、住民約2万人当たり1か所を目標として、介護金庫・疾病金庫・コミュニケーション・社会扶助運営機関によ

て共同設置されることとなった（SGB XI 92c条）（田中耕2008、6）。さらに、2009年1月から、日本のケアマネジメントに類似する、「介護相談（Pflegeberatung）」というケースマネジメントの仕組みも導入され（同7a条）、介護金庫に所属し介護支援拠点に常駐する介護相談員が介護や医療に関するトータルな支援を行うこととなった。介護相談員は、老人介護士、看護師、小児看護師などで一定の実習を経験した者であり、相談員1人につき約100人の利用者を担当するとされる。

## ② 認知症患者に対する給付の改善

認知症患者への見守り（Beaufsichtigung）・世話（Betreuung）のニーズに対応して、既に2002年1月から開始されていた年額460€の追加的な世話給付が、月額100€または200€（重度の場合）に引き上げられた。

さらに、要介護と評価されなかった者（「要介護度0」）でも、認知症患者のように日常生活能力が著しく制限されている場合には、在宅介護給付、代替介護、追加的な世話給付の受給が認められることとなった。また、要介護度Ⅰ～Ⅲの人が認知症と認定された場合も追加給付が行われることになった。

施設給付においても、介護施設で認知症の入所者の簡単な世話などをするためにアシスタント<sup>6)</sup>を配置した場合、介護金庫からの報酬加算が行われることとなった（同87b条）。アシスタントの配置基準は、入所者25人当たり1人とされている。

## ③ 介護の質の改善(MDKによる審査結果の公開)

従来実施されてきた介護の質に関する審査を強化し、審査結果も公表されることとなった。まず、従来3～5年ほどの間隔で行われてきたMDKによる施設審査が、2011年から少なくとも年に1回以上、抜き打ちで実施されることとなった（同114条、114a条）。その際、MDKの審査は、人員や設

備等の組織構造の質、サービスの実施プロセスの質、サービスの実施結果の質、について把握することとされ、なかでもサービスの実施結果の質に関する審査が最も重視される。さらに、審査結果が一定の項目について公開される（同115条）。

## ④ 高齢者の新たな居住形態の推進

高齢者の多くができる限り自立して住み慣れた場所で生活を続けられるようにすべく、「高齢者居住共同体（Senioren-WG）」（高齢者が自立しながら共同で日常生活を営む住居）などの新たな居住形態を推進するため、同じ居住共同体に居住する複数の要介護者の介護給付をプールすることが可能となった（BMG2008、47-48）。これにより、ヘルパーなどのサービスを共同で利用したり、在宅介護サービスの支払いを共同で行ったりすることが可能になる（BMG）。

また、従来は限定的に許容されていたが、特に効果的かつ経済的な場合には、在宅介護において要介護者が個人の介護者と介護契約を結ぶことが認められることとなり、居住共同体でそうしたサービスを共同で受けることも可能になった（BMG2008、45-46）。家族による介護が困難となり、他方で、介護施設への入所も高額で難しい場合に、こうした居住共同体は有効であると指摘される（土田2012、5；田中耕2008、6）。

## ⑤ 介護休業の導入

介護継続発展法の第3章で「介護休業法」が制定され、新たに介護休業制度が導入された。これにより、従業員15人以上の企業における従業員は、家族の介護を行うために最長6か月間の無給の休業を取得しうることとなった。また、在宅介護のための準備や短期の介護を行うための、最長10日間の短期休業（無給）の制度も導入された（齋藤2009）<sup>7)</sup>。

## ⑥ 保険料率の引上げ

以上の給付改善と赤字基調の現状の克服のため、および、今後の要介護者の増大に備えるために、制度創設以来据え置かれてきた保険料率が、2008年8月以降、1.70%から1.95%に引き上げられることとされた。但し、それによる利用者側の負担増が企業の国内投資を妨げるおそれがあるとされたことから、介護保険料率の引上げと引き換えに失業保険料率が4.2%から3.3%へと引き下げられた（土田2012、3）。

### (2) 2008年改革の評価

2008年改革は、介護保険制度成立以来最初の大規模な改革であり、これまで課題とされてきたことの全般に対して目配りよく改善がなされたと捉えられる。なお、介護支援拠点と介護相談は、日本の地域包括センターやケアマネジメントの仕組みを参考にして取り入れられたそうである（週刊社会保障2009）。給付額が引き上げられ、介護休業制度など、就労する家族介護者の負担軽減にも着手され、認知症患者への配慮もなされた。だが、要介護度概念と要介護評価基準の抜本の変更には踏み込まず、また、CDU/CSUが提唱する積立方式の仕組みによる補完についても議論はなされなかった。

## 2. 2012年改革（介護保険新展開法）

2009年5月に、専門家委員会による「要介護概念の検証に関する専門家委員会実施報告書」が当時のシュミット保健相（SPD）に提出された。ここでは、認知症や精神障害などを要介護の概念の中に入れるとすれば、それは従来のような介護に要する時間を尺度とする概念では捉えられないとして、新たに要介護者の自立の度合を尺度として概念構築を行うことなどが提案された（小棚2012、50）。だが、報告書には依然として積み残された専門的な課題が多く残されており、それを

解決するために引き続き専門家委員会が作業を進めることとなった。

そのような中、2009年9月の連邦議会総選挙でSPDが歴史的敗北を喫したことで大連立政権が解消され、新たにCDU/CSUとFDPの保守中道政権が誕生した。CDU/CSUの選挙公約には、新たな要介護の定義づけなどに着手すること、医療・介護職を魅力的なものとする、近親者による介護を強化し、仕事と介護の両立を図れるようにすることなどが記され（CDU2009、37-38）、FDPの選挙公約には、介護の質の透明性を高めること、補完的な民間保険への加入を促進することなどが記されていた（FDP2009、21-22）。そして、連立協定には、介護給付の質の確保の向上、見守りや世話の必要性など認知症に関わる事柄にも配慮した新たな要介護評価基準の創設、将来の要介護状態に備えて個人が介護費用を積み立てる付加的な制度の創設の必要性などが記された（CDU/CSU/FDP2009）。

そして、2012年3月に連邦政府は、「介護保険新展開法（Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, PNG）」の法案を閣議決定し、同法案は同年6月に可決され、2013年1月に施行された。当時のバル保健相（FDP）によれば、本法は要介護概念改正に向けた前提作りのための重要な一歩とされる（小棚2012、48-50）。

### (1) 2012年改革の主な内容

#### ① 在宅の認知症患者への給付額の上乗せ

要介護0であっても認知症や精神疾患などで著しく日常生活に支障をきたしている在宅の者に対して、新たに、「日常生活能力が著しく制限されている場合」として、要介護Ⅰの1/2相当の給付（月額120€の介護手当または225€の介護サービス）がなされることとなった（SGB XI 123条）。また、要介護度Ⅰ・Ⅱの在宅介護と近親者による代替介護に対しても、「日常生活能力が著しく制限されて

いる場合」には、給付額が追加されることとなった（表1参照）。

## ② 在宅で介護をする家族等への支援の強化

代替介護（家族介護者が休暇や病気等で介護に支障が生じた場合、代わりの者が介護を行う）に際して、その費用が既に1年間に4週間を限度に支給されているが、加えて、従来は支払われなかったその間の介護手当の半額が支給されることとなった（同37条）。

## ③ 居住共同体への助成

要介護者の居住共同体への居住を促進するために、居住者1人当たり200€を追加支給するとされた（同38a条）。さらに、2015年末までの期限付きで居住共同体の設立に必要な住宅改造のための助成金が、居住者1人当たり2,500€、居住共同体1つ当たり最大1万€支給され、そのための費用として3000万€が計上されている（45e条）。さらに、個人の居住環境の改善に対しても介護金庫から1件当たり2557€を上限とする補助金が支給される（同40条）。また、新たな居住形態の研究・開発のための費用も1,000万€計上された（同45f条）。

## ④ 保険料率の引上げと民間保険加入に対する助成

上記のような新たな施策を実施するための財源として、保険料率が0.1%引き上げられた（同55条）。これにより、1年につき11億€の追加収入が見込まれるとされる（小柳2012、51）。また、補完的に民間介護保険に加入する場合に助成がなされる（月額10€以上の保険料を支払う場合、月額5€の助成金が支給される）こととなった（同127条）。

### (2) 2012年改革の評価

この改革は、新たな要介護概念が確立するまでの経過的措置とも捉えられる。また、補完的に民間介護保険に加入する場合に、少額ではあるが助

成がなされるようになったことは、公的保険の不足分を税財源の介護扶助ではなく民間保険で補うという、(CDU/CSUやFDPがこれまで提案してきた)自助努力重視の姿勢の表面化とも捉えられる。

## IV. 今後の展望

### 1. 専門家委員会による報告書（2013年6月）

2009年の報告書の内容を受け、また、2012年3月にバール保健相の要請を受けて、2013年6月に、専門家委員会が新しい要介護概念に関する報告書を提出した。本報告書では、従来の身体能力と並んで、認知的疾患、精神障害をも考慮した新要介護評価基準（NBA）を用いて、従来の3段階の要介護度から5段階の要介護度に変更することが提案されている。そして、要介護概念・新要介護評価基準・新しい要介護度の導入には約18か月を要するとしている（BMG2013a）。

### 2. 大連立政権の発足（2013年12月）

2013年9月の連邦総選挙を経て、過半数議席に満たなかったCDU/CSUは2013年12月に、SPDとの大連立政権を8年ぶりに再び発足させた。連邦保健相にはCDUのグレーエ（Gröhe）が就任した。連立協定には、介護に関して、かなりの分量で記されている（CDU/CSU/SPD2013、83-86）。それによれば、まず、新たな要介護概念を、2013年6月の専門家委員会の報告書をもとに早急に導入するとしている。要介護概念が変更されるまでは、当面は世話給付を拡充し、施設介護においても、アシスタントの配置基準を従来の25人当たり1人から20人当たり1人とすることを目指すとしている。

また、家族などによる介護労働は質の高いサービスと施設によって補完されるべきとし、在宅介護の強化のために在宅と施設の給付を相互に調整するとしている。他にも、家族介護者の「介護と仕事の両立」の推進、質保障の手続きの改善、コ



ミュン（市町村）と州の介護保険への参画の強化などについて記している。

最後に、介護保険料率は遅くとも2015年1月までに0.3%引き上げるとしている。うち、0.2%は短期的な給付改善のため（特に世話給付と、2015年から適用される給付調整のため）、0.1%は将来の保険料上昇を緩和するために新たに設置し、連邦銀行によって管理される「介護予防基金（Pflegevorsorgefonds）」のためとされる。また、新しい要介護度概念の導入によって、さらに0.2%の引上げが必要となり、今会期中に合計0.5%の引上げが必要になるとしている。

## V. 結論

以上から、ドイツの介護保険は、部分保険として近親者の介護力に大きく依存せねばならない分、近親者の負担を軽減しようという動きが顕著である。また、認知症患者への対応に大きく力を入れていることが窺える。また、長らくCDU/CSUやFDPが提案してきた民間保険への加入助成という、ドイツ年金保険における「リースター年金（公的保険の給付水準の低下を民間保険で補完することを意図した、私的年金保険加入に対する国家助成の仕組み）」と類似した仕組みが2012年改革において漸く小規模ながら実現をみたことも興味深い。今後は、要介護概念・要介護評価基準・要介護度がどのように変化し、それに伴って給付内容と財政がどのように変化するかを引き続き注視していく必要がある。

他方で、ドイツとは異なり、介護ニーズ全体を引き受ける設計となっている日本の介護保険は、認知症患者への対応については2005年の制度改革時にすでに地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設などの形で着手しており、要介護認定の仕組みも2009年10月に見直され、最新の介護の手間を反映したものとなった。また、ドイツが

日本の取組みを参考にして2008年改革時に介護相談と介護支援拠点を導入したことに鑑みると、地域包括ケアシステムやケアマネジメントの点において、日本は先進的な取り組みをしていると思われる。但し、日本にはサービス給付しか存在しない（現金給付が存在しない）ことから、介護を担う家族がサービス給付を受給しない場合に、その家族への負担軽減が、ともするとまったくなされないことになりかねない、という懸念も存在する。

両国が共通に直面する課題は、今後の急速な高齢化の進行に向けて制度の持続可能性を維持することであろう。ドイツの2011年の高齢化率は20.6%であり、2030年には29%と推計される（Statistisches Bundesamt2013）。かたや、日本の2012年の高齢化率は24.1%であり、2030年には31.6%と推計される（国立社会保障・人口問題研究所2012、3）。また、認知症高齢者へのさらなる対応の必要性も両国に共通である。ドイツの2013年の認知症高齢者数は140万人であり、2020年までに180万人、2050年までに300万人に達すると推計される（BMFSFJ2013）。日本の2010年の認知症高齢者数は280万人（65歳以上高齢者に対する比率は9.5%）であり、2025年には470万人に達すると推計される（厚生労働省2012）。

日本では2015年度に介護保険制度改革が予定されており、2013年12月に厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会がとりまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」では、①サービス提供体制の見直し（地域支援事業と予防給付の見直し、在宅・施設サービスなどの見直し、介護人材の確保、介護サービス情報公表制度の見直し）、②費用負担の見直し（低所得者の1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担の見直しなど）、③2025年を見据えた介護保険事業計画の策定、が要請されている。ここにおいて、市町村が実施する地域支援事業に要支援者の介護予防給付を委ねるという方向性は、軽度の介護を要する者につい

て自治体が運営する介護扶助で対応するというドイツの制度設計に近くなることを意味すると思われる。また、認知症施策の推進についても、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられるとされている。つまり、認知症への対応について今後は介護保険の枠外で積極的に対応しようとしている。かたや、ドイツは認知症への対応を、(これまで要介護度0とされていた者についても)介護保険の枠内に(医療保険とも協力しながら)積極的に取り込もうとしており、その点で両国の方向性が対照的であることが興味深い。

#### 注

- 1) なお、これは公的介護保険(社会的介護保険と呼ばれる)の加入者数である。ドイツでは民間医療保険加入者は民間介護保険への加入が義務付けられており、民間介護保険の加入者数は2012年12月末日時点で約953万人である。
- 2) 但し、ザクセン州のみ労使折半ではなく、子のない場合は使用者0.525%、被用者1.775%、子のある場合は使用者0.525%、被用者1.525%という負担割合である。
- 3) 要介護度ⅠとⅡについては半年ごと、要介護度Ⅲについては四半期ごとに、介護専門職が訪問して家族による介護の質を点検し、必要に応じて助言を行う(SGB XI 37条(3))。
- 4) たとえば要介護度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのサービス給付の限度額は従来それぞれ月額384€・921€・1,432€であったものが、2008年7月1日以降は420€・980€・1,470€、2010年1月1日以降は440€、1,040€、1,510€、2012年1月1日以降は450€・1,100€・1,550€とされた。同様に現金給付、代替介護、ショートステイ、デイケア・ナイトケアについても段階的な引上げがなされた。なお、施設給付の完全入所介護についても、要介護度Ⅲのみ段階的な引上げがなされた。
- 5) 最初の給付調整は2014年に実施され、翌2015年から適用される。
- 6) このアシスタントは特に資格を必要とせず、簡単な実習を受講するだけでよいとされた。これにより非専門職介護が公認されたとも指摘される(小柳2012、50)。
- 7) なお、後の2011年12月には、介護と仕事を両立するための法律として「家族介護時間法(Familienpflegezeitgesetz)」が成立し、2012年1月より施行された。それにより、被用者が親族を介護するために最長

2年間、週労働時間を15時間まで短縮しようとされた(1条)。そして、当該期間中は労働時間を50%短縮した場合でも、従前の総所得の75%を受け取ることが可能となる(3条)(但し、介護期間終了後、フルタイム勤務に復帰しても、給与は介護期間と同じ期間は75%に据え置かれる)(小柳2012、53)。

#### 参考文献

- 小柳治宣2012「ドイツにおける介護保険改革の新たな動向」『週刊社会保障』第2683号。
- 厚生労働省2012「『認知症高齢者の日常生活自立度』Ⅱ以上の高齢者数について」。
- 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会2013「介護保険制度の見直しに関する意見」。
- 国立社会保障・人口問題研究所2012「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」。
- 齋藤純子2009「ドイツの介護休業法制」『外国の立法』第242号。
- 週刊社会保障2009「ドイツが日本参考に改革」『週刊社会保障』第2518号。
- 田中謙一2008「ドイツの2008年介護改革①」『週刊社会保障』第2509号。
- 田中耕太郎2008「ドイツにおける高齢者ケアの新たな展開」『健保連海外医療保障』第79号。
- 田中耕太郎2011「ドイツにおける介護保険と介護サービスの現状と課題」『健保連海外医療保障』第89号。
- 土田武史2006「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』第155号。
- 土田武史2012「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』第94号。
- 松本勝明2007『ドイツ社会保障論Ⅲ－介護保険－』信山社。
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).2013. „Demenz: Lebensqualität verbessern und Pflegenden unterstützen“, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/demenz.html> (2013年12月25日)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit).2008.*Ratgeber zur Pflege*. BMG.
- BMG.2013a.*Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. BMG.
- BMG.2013b. „Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“.
- BMG.2013c.„Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen“.
- BMG. 2013d.„Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und

Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2012".  
BMG.2013e. „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung".  
Statistisches Bundesamt.2013.Bevoelkerung, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html> (2013年12月25日)  
CDU/CSU.2005. *Deutschlands Chancen nutzen. Wachstum. Arbeit. Sicherheit.*CDU/CSU.  
CDU/CSU.2009.*Wir haben die Kraft. Gemeinsam für unser Land.*CDU/CSU.  
CDU/CSU/FDP.2009.*Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.*

CDU/CSU/FDP.  
CDU/CSU/SPD.2005.*Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit.* CDU/CSU/SPD.  
CDU/CSU/SPD.2013.*Deutschlands Zukunft gestalten.* CDU/CSU/SPD.  
FDP.2009.*Die Mitte stärken.*FDP.  
SPD.2005.*Vertrauen in Deutschland.*SPD.

(もり ちかこ 佐賀大学経済学部准教授)