

ドイツにおける民間介護保険の役割

土 田 武 史

はじめに

ドイツの民間介護保険は、大きく2つに分けられる。1つは、1995年に施行された介護保険法（Pflegeversicherungsgesetz）に基づき民間の医療保険会社が設けている介護保険で、公的介護保険に加入していない者が加入を義務づけられているものである。ドイツの介護保険制度では全国民が公・民いずれかの介護保険に加入することを義務づけられ、いわば国民皆保険体制となっているが、民間介護保険の役割が公的介護保険と一対になって介護保険法のなかに位置づけられている点が大きな特徴といえよう。

いま1つは、1985年から民間の医療保険会社と生命保険会社が販売している介護保険である。この保険は、1980年代初頭に公私福祉連盟等から提起された公的介護保険の導入案が連邦政府によって退けられた後に、社会の介護需要

の増大を背景として商品化されたものであるが、さしたる普及はみられなかった。しかし、公的介護保険の導入後、その付加的な保険として利用されることが多くなり、新たな展開をみせている。

以下では、これら2つの民間介護保険の仕組みと役割についてみていくことにしたい。なお、ここでは便宜上、前者を強制的な民間介護保険、後者を付加的な民間介護保険と呼ぶことにする（図1参照）。

I 強制的な民間介護保険

1 被保険者の範囲と加入状況

周知のように、ドイツの介護保険は医療保険をベースに制度化されたが、介護保険の加入者についても原則的には医療保険と重なり合うかたちになっている。すなわち、ドイツの医療保険では、国民の89%が公的医療保険、8%が民

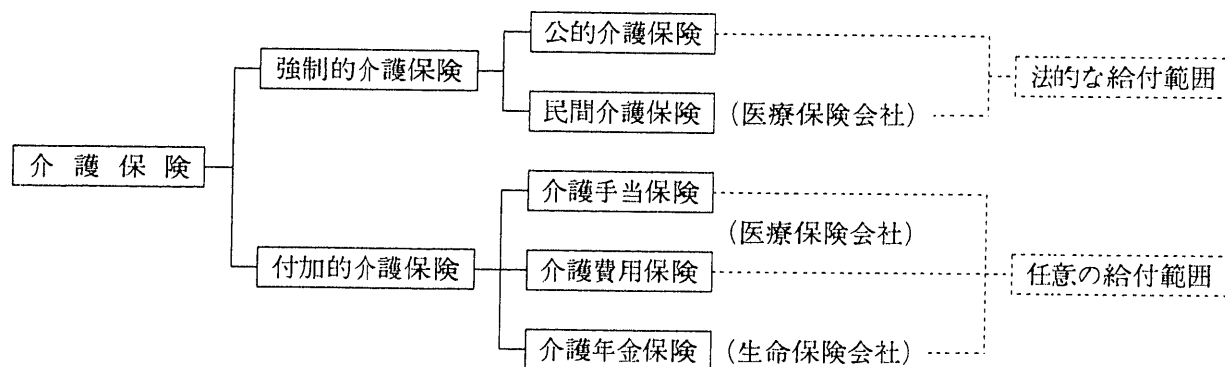


図1 ドイツの介護保険

間医療保険¹⁾に加入し、残りの3%が他の扶助給付制度の適用者または無保険者となっているが、介護保険ではそれを受けて、公的医療保険の加入者は公的介護保険に加入し、民間医療保険の加入者は民間介護保険に加入することが原則となっている（介護保険法第1条、第20条、第23条。以下、介護保険法を「法」と略す）。しかし、医療保険と介護保険が公・民に分かれている場合や、医療保険には入らず民間介護保険のみ加入している場合など、若干の例外もみられる。もう少し詳しくみておこう。

現在、民間介護保険に加入している者を職業等によって区分すると、次の4つに分けることができる。

第1は、民間医療保険に加入している労働者と職員である²⁾。ドイツの公的医療保険では労働者・職員の場合、その賃金の高さによって加入義務の有無が異なり、賃金が保険加入限度額（公的年金保険の保険料算定限度額の75%。毎年1月1日に改定される。1998年は旧西ドイツ地域が月額6,300マルク、旧東ドイツ地域が5,250マルク）を超える場合は、加入義務が免除される。加入義務を免除された者は、公的医療保険に任意加入するか、民間医療保険に加入するかを自由に選択することができる。

介護保険の場合は、任意加入の制度がなく、公的医療保険の加入者は任意加入者も含めて公的介護保険に加入することが義務づけられている。ただし、初めて就業したときの賃金が保険加入限度額を超えていたり、賃金が上がって加入限度額を超えたり、あるいは加入限度額が下がって賃金を下回ったことなどにより公的医療保険の任意加入者となった場合には、その条件が生じてから3カ月以内に限り、民間介護保険に加入申請することが認められている（法第22

条）。申請のない場合は、自動的に公的介護保険の加入者となる。

また、介護保険法の施行時の規定として、1995年1月1日の時点で公的医療保険の任意加入者であった者については、1995年6月30日までに加入申請した場合に限り、民間介護保険への加入が認められた。また、同じく介護保険法の施行にともなう規定として、公的介護保険の加入義務者が1993年6月23日（介護保険法の成立した日）以前に任意に付加的民間介護保険に加入していた場合には、1995年3月31日までに公的介護保険の給付と同等の給付水準に調整することを条件に、公的介護保険の加入義務が免除された。公的介護保険に加入する場合は、それまでの民間介護保険契約を解消することが認められた。

第2は、民間医療保険に加入している自営業者である。ドイツの自営業者（農林業者とフリーの芸術家・ジャーナリストを除く）は、その所得額に関係なく公的医療保険の加入義務が免除されており、公的医療保険に任意加入するか、民間医療保険に加入するかを選択することになっているが、被用者に比べて民間医療保険に加入する者が多い。なお、初めて公的医療保険の任意加入者となった場合、3カ月以内に限り、民間介護保険に加入申請することができる点は、上記の労働者・職員の任意加入者の場合と同じである。

第3は、官吏、裁判官、職業軍人、兵役にある者、警察官、聖職者、その他連邦・州・市町村・公共団体等の公務勤務者で、公務員法による補助給付（Beihilfe）または医療扶助給付（Heilfürsorge）の請求権を有する者である。これらの官吏等は公的医療保険への加入義務がなく、病気の場合は補助給付または医療扶助給付

が支給される。しかし、官吏等の補助給付の場合、その給付は医療費の50%~80%となっているために、不足分を民間医療保険によってカバーするのが通例である。また、職業軍人、兵役にある者、警察官等に対する医療扶助の場合は、本人には無料の医療、家族には医療扶助金が給付されるが、付加的保険や期待権保険等の民間医療保険にも加入していることが多い。

官吏等が要介護状態になった場合、病気の場合と同様に補助給付が受けられるが、その水準は一般に公的介護保険の給付水準に達しないので、介護保険法では公的介護保険の給付水準を満たすための補完として、民間介護保険に加入することを義務づけている。また、軍人や警察官など扶助給付の受給資格者についても、公的介護保険の給付水準に達しない部分を補うために、民間介護保険に加入することを義務づけている（法第23条）。

第4は、郵便職員疾病金庫（Postbeamtenkrankenkasse）および連邦鉄道職員医療扶助機関（Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten）の加入者である。ドイツでは郵便および鉄道は連邦政府の事業として営まれてきたが、鉄道が1994年から、郵便が95年からそれぞれ民営化され、それにともなって郵便職員疾病金庫と連邦鉄道職員医療扶助機構も、民間企業に設けられている公的医療保険の保険者（疾病金庫 Krankenkasse）の1つとなった。しかし、介護保険については、一般の疾病金庫が介護金庫（Pflegekasse 公的介護保険の保険者）を兼ねることになったのに対して、郵便職員疾病金庫と連邦鉄道職員医療扶助機構は介護金庫を兼ねないこととなり、その加入者はすべて民間介護保険に加入することが義務づけられた（法第23条）。

以上が民間介護保険の被保険者であるが、彼らの配偶者で公的介護保険の加入義務を有しない者および18歳未満の子（就労していない場合は23歳未満、学生および実習生は25歳未満、障害者は年齢制限なし）も、自動的に民間介護保険に加入することになっている。なお、配偶者および子が月額610マルク（東ドイツ側では520マルク）以下の所得しかない場合は、公的医療保険および公的介護保険の加入義務がなく、家族被保険者（Familienversicherte 日本の被扶養者）となる。

なお、民間介護保険の被保険者に公的介護保険への加入義務が発生した場合には、民間介護保険の契約を告知する権利が与えられる。この解約告知権は家族にも適用される。

民間介護保険の被保険者数をみると、1996年6月現在、約850万人となっている。そのうち、700万人が民間医療保険の加入者、120万人が郵便と鉄道の職員、30万人が特別の扶助給付が受けられる者（軍人・警察官等）となっている。また、介護保険法施行時における公的医療保険の任意加入者の選択については、560万人のうち民間介護保険を選択したのはわずか2,000人ないし3,000人に過ぎなかった。これは「介護保険は医療保険に付随する」というコンセプトによるものとされている（Versicherungswirtschaft 1995, S. 952）。

2 保険者とその特性

強制的な民間介護保険の保険者は、入院給付を設けている民間の医療保険会社（現在、44社）である。民間医療保険の場合は保険会社によって差異があるのに対して、民間介護保険の場合は介護保険法により全社共通の保険となっており、保険料、給付内容等は全社とも同一である。

民間介護保険に関する広報活動も共同で行っている。

公的介護保険の場合は疾病金庫が介護金庫を兼ねており(財政上は区分される)、医療保険と介護保険は同じ金庫に加入することになっているが、民間介護保険の場合も民間医療保険と同じ保険会社に加入することが原則となっている。これは、被保険者の状態が病気か要介護かの区分が曖昧な場合に医療保険と介護保険が互いに給付を押しつけ合うのを回避することや、医療保険と介護保険の給付の重複をなくすこと、両給付の提携により給付効果を高めることなどを意図しているからである。ただし、民間介護保険への加入義務が生じてから6カ月以内であれば、医療保険と異なる保険会社と介護保険契約を結ぶことが認められている。

ところで、強制的な民間介護保険では要介護リスクの有無や程度によって被保険者を選別したり、割増保険料を徴収することができないため、保険会社によっては著しく大きなリスクを被り、経営が悪化する可能性もある。そのため、法第111条では、全保険会社間で要介護リスクを平均化する制度を設ける必要があるとしている。そこで、民間医療保険連合会(Verband der privaten Krankenversicherung)ではその管理のもとに、民間介護保険者が共同で「介護プール」(Pflege-Pool)という機関を設置し、そこで各社間の財政調整をはじめ、保険料の算出、各種統計の作成、各社のリスク状況や給付実績状況の調査等の活動を行っている。この財政調整により、医療保険会社における民間介護保険の純保険料は一律となり、各社のコストマネジメントからのみ格差が生じることになる。

民間介護保険は被保険者数からいえば、公的介護保険の地区疾病金庫、代替金庫に次ぐ3番

目に大きい保険者団体であるが、介護保険に関する各種委員会等における発言力や協力関係が弱く、今後の課題とされている³⁾。

3 保険契約に関する規定

介護保険法第110条では、法の施行開始時に既に民間医療保険に加入している者、官吏等公務員法による補助給付や扶助給付の受給資格がある者、郵便職員や鉄道職員等が、締結した民間介護保険の契約に関して公的介護保険の被保険者に比べて不利にならないように、次のような7項目の条件を設けている。

- 1) 被保険者の既往症を免責としないこと
- 2) 既に要介護状態にある者を免責としないこと
- 3) 公的介護保険より長い待機期間を設けないこと
- 4) 被保険者の性別および健康状態の程度によって保険料に格差を設けないこと
- 5) 保険料は公的介護保険の保険料の最高額を超えないこと、また部分的費用保険の契約については公的介護保険の保険料最高額の50%を超えないこと
- 6) 被保険者の子については、保険料負担なしで加入させること
- 7) 配偶者については、その収入が公的年金保険における被保険者の平均所得額の7分の1を超えない場合、被保険者と配偶者の保険料の合計額が公的介護保険の保険料最高額の150%を超えないこと

また、同じく法第110条では、介護保険法の施行後に初めて民間医療保険に加入した者が締結した民間介護保険の契約に関しては、次の6つの条件が設けられている。

- a) 保険契約の締結義務があること

- b) 被保険者の既往症を免責としないこと
- c) 性別により保険料に格差を設けないこと
- d) 公的介護保険より長い待機期間を設けないこと
- e) 民間介護保険または民間医療保険に最低5年間の加入期間を有する被保険者の場合は、その保険料が公的介護保険の保険料の最高額（部分的費用保険契約の場合はその50%）を超えないこと
- f) 被保険者の子については、保険料負担なしで加入させること

また、民間介護保険の契約は法的強制によるものであることから、契約締結義務がある限り、保険会社の解除権および解約権は認められていない。この点に関連して、民間介護保険の保険料を支払わない者について保険契約を解除できるか否かが問題となったが、社会裁判所は1996年8月、民間介護保険であっても公的介護保険と同等の法的性格を有していることから、保険料の滞納を理由としてその契約を解除することはできないという判決を下している（Versicherungswirtschaft 1997, S. 224-225）。

4 保険料とその負担方法

公的介護保険の保険料は、被保険者の所得に全国一律の保険料率（1995年1月1日から96年6月30日まで1%、96年7月1日から1.7%）を乗じた額である。それに対して民間介護保険の場合は加入時の年齢による定額保険料で、0歳～20歳（旧西ドイツ地域：月額52.83マルク）を最低として年齢が高くなるほど保険料も高くなる（100歳では月額591.82マルク）。

いま、前述の保険契約の規定をふまえて、被保険者の職業・加入時期・加入年齢等によって民間介護保険の保険料を区分すると、次のよう

になる。なお、公的介護保険の保険料の最高額は、保険加入限度額に保険料率を乗じた額であるので、1998年は旧西ドイツ地域で月額107.10マルク、旧東ドイツ地域で月額89.25マルクとなる。

まず、介護保険法の施行開始時に既に民間医療保険に加入していた労働者・職員および自営業者が、民間介護保険に加入した場合の保険料は、次のようになる。すなわち、上記3の5)の前段の規定により、その保険料は公的介護保険の保険料最高額を超えてはならないとされているので、加入年齢の保険料がそれを下回る者はそれぞれの年齢に対応した保険料となり、加入年齢の保険料が公的介護保険の保険料最高額を超える者はそれと同額の保険料となる。1998年の旧西ドイツ地域を例にとると、最高額の107.10マルクに近い民間介護保険の保険料は、51歳の105.82マルク、52歳の109.25マルクが該当するので、民間介護保険に加入時の年齢が51歳までの者はそれぞれの加入年齢時に対応する保険料を支払い、加入時の年齢が52歳以上の者は107.10マルクを支払うことになる。

また、介護保険法の施行開始時に既に公務員法による補助給付または扶助給付の受給資格を有していた公務員等の場合をみると、上記3の5)後段の上限規定（部分的費用保険契約の場合、公的介護保険の保険料最高額の50%）により、その保険料は、加入年齢の保険料に20%～50%を乗じた額が公的介護保険の保険料最高額の50%未満であればその金額、保険料最高額の50%以上であれば50%相当額ということになる。1998年の旧西ドイツ地域の場合は、加入時の年齢が51歳までの者はそれぞれの年齢の保険料に契約した費用割合を乗じた額を支払い、加入時年齢が52歳以降の者は53.55マルクを限度とし

て各年齢の保険料に契約した費用割合を乗じた額を保険料として支払うことになる。

上記の被保険者の配偶者も民間介護保険に加入し、配偶者の所得が月額620マルク(旧東ドイツ地域は520マルク)以下の場合、上記7)の規定により、夫婦の保険料は合わせて160.65マルク(公務員等の場合は80.33マルク)を超えることはない。

また、介護保険法の施行後、初めて民間介護保険または民間医療保険に加入する場合には、加入時の年齢に対応した保険料がそのまま適用される(ただし、公務員等の場合は20%~50%の保険料となる)。また、上記e)の規定により、民間介護保険または民間医療保険の加入期間が5年を超えた後は、保険料の最高限度額の規定が適用されることになる。郵便職員と鉄道職員で民間介護保険に加入した者にも、この保険料が適用される。

次に、民間介護保険の保険料の負担方法についてみると、労働者・職員の場合は、公的介護保険における保険料の使用者負担分の最高額(1998年は西側で月額418.95マルク、東側で月額359.63マルク)を限度として、使用者から保険料の2分の1相当額の補助が行われる。年金受給者の場合は、年金支給額を算定基礎とする公的介護保険の保険料の2分の1相当額を上限として、保険料の半額を年金保険者が負担し、残りを被保険者が負担する。自営業者の場合は、営業収入を算定基礎とした保険料の全額を本人が負担する。また、公務員等の場合は、50%以下の部分契約なので、全額が被保険者負担となっている。

ところで、公的介護保険の保険料は賦課方式となっているが、民間介護保険の場合は積立方式であり、その保険料のなかには将来の要介護

リスクの増大に対応した引当金も含まれている。そうしたことから民間医療保険連合会では、公的介護保険の保険料が人口の高齢化にともなって引き上げられていくのに対して、民間介護保険の保険料は相対的に低くなっていくものと予想している(Versicherungswirtschaft 1995, S. 952-953)。

1995年の保険料収入総額は25億6,000万マルクで、そのうち給付支出は6億1,000万マルク、責任準備金繰入額が10億6,000万マルク、介護プールへの払い込みが5億マルク、事務費が1億5,000万マルクで、差し引き2億4,000万マルクの黒字となっている⁴⁾。

5 要介護認定の方法と認定状況

介護保険における給付は、被保険者の申請に基づき、保険者が行うことになっているが、それに先立って保険者は、申請者の要介護状態が受給要件を満たしているか否か、満たしている場合にはどの程度の介護給付を行うかを決定する。民間介護保険では、この要介護状態に関する審査を、民間医療保険連合会の傘下の「メディク・プルーフ(Medic Proof)」(有限会社)に委託し、その審査結果に基づいて保険会社が決定する仕組みになっている。当初は公的介護保険と同じメディカル・サービス(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. 略称MDK。疾病金庫の州連合会に設置されている医学的審査機関)で行う予定であったが、MDKでは公的介護保険の認定業務を行うのが精一杯で、民間介護保険の認定を行う余力がないということから、民間介護保険ではメディク・プルーフで行うことになったものである。民間介護保険の要介護認定基準および段階区分は、公的介護保険と同一である(表1参照)。

表1 要介護状態の認定における等級区分

介護等級	基準となる介護の分野および頻度	基準となる介護時間
介護度 I (中度)	基礎介護のうち2つ以上の活動について、最低1日1回の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低1.5時間
介護度 II (重度)	基礎介護については1日に3回以上の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低3時間
介護度 III (最重度)	基礎介護については夜間も含めて24時間体制の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低5時間

注：「基礎介護」：①身体衛生にかかわること—清拭，シャワー，入浴，歯磨き，洗髪，髭剃り，排便・排尿，②食事にかかわること—食物を食べやすくする，食物を摂取する，③動作にかかわること—起床就寝，衣服の着脱，歩行，起立，階段の昇降，外出および帰宅。

「家事援助」：買い物，料理，掃除，食器洗い，衣服の交換および洗濯，暖房。

給付開始当初は給付申請が殺到し，認定業務に携わる医師も少なかったため（500人程度），認定作業が追いつかず，1995年6月時点で申請件数80,000件のうち認定済みは26,000件に過ぎなかった。そのため，数社の保険会社は暫定給付として介護度Iの金額を支給し，遅くとも4カ月以内に認定を終え，遡って差額を支給するといった措置を講じた。その後，メディク・プルーフは申請件数の多寡に応じて開業医に判定を委託しており，施設介護給付が開始された1996年中頃には認定を行う医師数が1,020人と倍増し，いずれの保険会社も通常は申請から2週間，遅くとも3カ月以内に確定給付が行われている（梅谷 1997，119ページ）。

次に，認定結果についてみてみよう。表2は，

表2 Medic Proof と MDK の審査結果

(単位：%)

	Medic Proof (1996. 7. 11)	MDK (1996. 6. 30)
介護度 I	15.8	20.0
介護度 II	33.6	31.5
介護度 III	41.6	24.2
要介護に該当せず	9.1	24.4

資料出所：PKV-PUBLIK 7/1996, S. 80

1996年7月におけるメディク・プルーフとMDKの審査結果を比較したものである。「要介護に該当せず」と申請が却下された割合と「介護度III」の割合が大きく異なっている（PKV-PUBLIK 7/1996, S. 80）⁵⁾。このような相違についてメディク・プルーフでは，公的介護保険の場合，社会扶助機関が要介護と認定されるか否かの見極めのつかない社会扶助受給者に給付申請を促していることと，民間介護保険の被保険者はこれまで自力で施設等の介護を受けてきたことなどから，要介護状態がかなり進んでから給付申請を行う傾向があることをあげている（FOCUS Online News, 1997. 8. 7）。また，ユング元連邦労働社会省事務次官も，民間介護保険と公的介護保険の被保険者の経済力の相違が1つの要因になっていることを指摘するとともに，それに加えてMDKが州ごとに分立しており，法の施行後間もない時点では州による審査の相違が大きく現れているのに対して，メディク・プルーフは全国単一の組織であり，そうした差異が少ないことをあげている（PKV-PUBLIK 7/1996, S. 79-81）。

また，給付申請者が認定結果に異議のある場合は，保険者に対して異議申立てを行うことが

できる。異議申立てを受けた場合、その審査を担当した医師等が再審査を行い、それでも訂正の必要がないとした場合は、他の審査員が独自に審査をし、その結果を保険者に通知する。保険者はそれをもとに異議申立てに対する決定を行い、申請者に通知する。保険者の再決定に異議がある場合、申請者は社会裁判所に提訴することが認められており、そこで最終的な決定が行われる。

民間介護保険の認定結果について、1995年にメディク・プルーフの審査を受けた47,667人に対するアンケート調査によると、審査結果に対して異議のある者は、却下された者では28.0%、介護度Iで12.1%、介護度IIで6.0%、介護度IIIで1.3%となっている。また、メディク・プルーフの再審査では、最初の担当者のレベルでは26.8%が等級を引き上げられ、73.2%が第1次審査と変わらないとしており、さらに他のスタッフの再審査を受けた167人については、42.5%が第1次審査と同じ、55.1%が等級の引上げ、2.4%が等級の引下げという結果になっている(Milchener Rückの資料による)⁶⁾。公的介護

保険では、1995年に8万件、96年に9万件の再審査が行われており、社会裁判所に持ち込まれるケースも多く、「提訴銀行」(Anklagebank)と揶揄されたりしているが、民間介護保険では実際に異議申立てや社会裁判所に持ち込まれるケースは少ないとされている。

6 保険給付

民間介護保険の給付は、公的介護保険と同様の基準で行われる(表3参照)。ただし、公的介護保険の場合は、現金給付のほかに、介護サービス施設と契約して現物給付を行っているが、民間介護保険の場合は現金給付(介護サービスを受けた場合は償還払い)のみを行うことになっている。

また、在宅介護給付の1つとして、家族等の介護者に対する社会保障上の措置(年金保険および労災保険の適用等)が講じられているが、これについても民間介護保険は公的介護保険と同等の給付を行うことになっている。したがって、無報酬で介護している家族等に与えられる公的年金の受給権に関連して、その年金保険料

表3 介護保険の給付

(単位：月額，マルク)

給付の種類	介護度I	介護度II	介護度III	注記
在宅介護給付				
介護サービス	750	1,800	2,800	とくに過酷な介護, 3,750
介護手当	400	800	1,300	
代替介護(介護専門職)	2,800	2,800	2,800	年額。年4週間まで
“(家族等)”	400	800	1,300	”
デイケア, ナイトケア	750	1,800	2,800	
ショートステイ	2,800	2,800	2,800	年額。年4週間まで
施設介護	2,000	2,500	2,800	とくに過酷な介護, 3,300

注1：その他、「在宅介護者に対する社会保障(年金, 労災)」「介護補助具の給付」「住宅補修補助」等がある。

注2：在宅介護給付の「介護手当」「家族等による代替介護」は定額、その他は給付限度額を示す。

を民間保険会社が負担することになる。

1995年に在宅介護給付の受給者が選択した給付をみると、表4のようになっている。公的介護保険に比べるとやや少ないが、民間介護保険の場合も現金給付を選択した者が7割以上と高く、家族等による介護が多いことがうかがわれる。現物給付の割合が公的介護保険より高いのは、民間介護保険では介護度の高い者が多いことによるものと考えられる。

表4 在宅介護受給者の選択した給付 (1995年)
(単位: %)

	民間介護保険	公的介護保険
介護サービス(現物給付)	13.4	7.8
介護手当(現金給付)	71.9	78.7
コンビネーション給付	14.7	13.5

資料出所: Münchener Rück

II 付加的な民間介護保険

最初に述べたように、ドイツでは1985年以来、民間の医療保険会社から「介護手当保険」(Pflegetagegeldversicherung)と「介護費用保険」(Pflegekostenversicherung)、生命保険会社から「介護年金保険」(Pflegerentenversicherung)が販売されている。さらに1992年からは一括払生命保険に付帯して介護年金特約も発売された (Straub 1994, S. 21-22)。また最近では公的介護保険の導入にともなって、介護保険商品の内容にも変化がみられる。付加的な民間介護保険の概要を示すと、表5のようになっている。

表5 付加的な民間介護保険商品

会社名	医療保険会社		生命保険会社	
保険名	介護手当保険	介護費用保険	介護年金保険	介護年金特約
給付	定額現金給付 給付額: 契約による 標準的給付契約: 50 DM/日 (限度額は100 DM~300DM) 介護度 ²⁾ により給付率が異なる 介護度I 25-35% 介護度II 50-60% 介護度III 100%	介護に要する費用の80%まで支給 限度額: 契約による * 公的介護保険の給付では充足できない不足分のうち80%の費用を補填 限度額: 契約により設定せず (1994年から販売)	年金給付 給付額: 契約による (標準的給付契約: 1,500DM/月) 介護度 ²⁾ により給付率が異なる 介護度I 40% 介護度II 70% 介護度III 100% 老齢年金 (80歳または85歳から支給) 死亡給付 (24カ月分の年金相当額)	一括払の生命保険・年金保険に付帯する介護年金特約給付額: 一括払保険金額の36%または72%, 主契約の年金額の300%または600% 介護度 ²⁾ により給付率が異なる (左に同じ) (1992年から販売)

注1): 1994年以降は公的介護保険と同じ基準による。それ以前は「起床就寝」「衣服の着脱」「洗面と整髪・髭剃り」「食物の摂取」「排泄」「入浴」の6項目を基準に4段階の等級区分を行っていた。

2): 「室内での移動」「起床就寝」「衣服の着脱」「飲食の摂取」「排泄」の6項目について、介護の必要な場合をそれぞれ1点として要介護状態を認定する。介護度I: 3点, 介護度II: 4~5点, 介護度III: 6点。

資料出所: Münchener Rück, Straub 1994 S. 21-23 から作成

1 医療保険会社の介護手当保険と 介護費用保険

介護手当保険は、介護費用とは関係なく、約定日額を要介護の程度に応じて給付するものである。約定日額は50マルク程度が標準とされているが、最高150マルク（例外的に300マルクまで可能）まで契約することができる。かつては要介護認定を独自の基準で行っていたが（表5の注1）を参照）、1994年以降は公的介護保険と同じ基準が用いられている。介護度によって約定日額の25%から100%が給付される。待機期間はないが、給付を受けるためには最低3年間の契約継続期間を必要とする（事故の場合は不要）。

保険料は、他の付加的介護保険も同様であるが、加入年齢、性別によって異なり、また健康状態によって割増保険料を要したり、契約を拒否される場合もある。例えば、介護度IIIまたは施設介護の場合に日額50マルク（月額1,500マルク）の給付を受けるというケースの保険料（月額）をみると、加入年齢が30歳の場合、男性19マルク、女性26マルク、40歳の場合は男性29マルク、女性41マルクとなっている。

介護費用保険は、元来、約定限度額の範囲内で介護に要した費用の80%までを支給するという保険商品であるが、公的介護保険が導入された後は公的介護保険給付の不足分を補填するものとして利用されている。1994年には給付限度額を定めずに公的介護保険給付の不足分の80%までを補填するという商品も発売されている。

保険料についてみると、例えば日額50マルクを限度として介護費用の80%を給付するという契約の場合、加入年齢30歳の男性は17マルク、女性は21マルク、40歳の男性は23マルク、女性は29マルクの保険料（月額）となる。また、限度額の定めなしで不足分の80%を給付するとい

う契約の場合の保険料は、加入年齢30歳の男性が27マルク、女性が34マルク、40歳の男性が36マルク、女性が47マルクとなっている。

これらの医療保険の介護保険商品は、発売当初は加入者が少なく、1992年末の加入者数が195,000人であった。しかし、介護保険法が成立した1993年頃から公的介護保険の付加的商品として位置づけ、要介護状態の等級認定を公的介護保険に合わせたり、約定限度額なしの介護費用補填保険を発売するなどの方法をとったことにより、加入者数は急速に増加し、1993年末に297,600人、94年末に315,900人、95年末に376,900人となっている。

2 生命保険会社の介護年金保険

生命保険会社の介護年金保険は、要介護状態になった場合に約定限度額の範囲内で要介護程度に応じて年金を支給し、さらに80歳または85歳以降は要介護の有無にかかわらず老齢年金を支給し、死亡時には死亡給付を支給するものである。また、1992年から販売された介護年金特約は、要介護状態になった場合に一括払い保険金額の36%または72%（主契約が年金保険の場合は年金額の300%または600%）を上限として、要介護程度の応じた年金を支払うというものである。

介護年金保険の保険料は、例えば、月額1,500マルクの介護年金保険を65歳まで保険料を支払うこととして購入した場合、加入年齢が30歳の男性の保険料は月額22マルク、女性は31マルク、40歳であれば男性は26マルク、女性は51マルクとなっている。また、介護年金特約の場合は、一括払い保険金額の36%として月額2,000マルクの年金を受給するためには、約66,000マルクの一括払い保険金額を要することになる。

介護保険年金の加入者は、1994年末現在でわずか7,000人と少ない。介護年金特約はやや多く、1995年末現在で24,000人となっているが、介護手当保険や介護費用保険とは大きな差異がある。年金型商品であるため、介護費用保険のような公的介護保険との調整が難しく、伸び悩んでいる状況にあるといえよう。

おわりに

1990年代初頭にドイツ連邦労働社会省から公的介護保険構想が出されたとき、それに真っ向から対立したのが、連立与党内の自由党(FDP)から提案された強制的な民間介護保険の構想であった。2年以上にもわたる激しい議論の後、その構想は退けられたが、民間医療保険の加入者、民営化された鉄道・郵便の職員などを民間介護保険の加入者としたことなどに彼らの構想の一部が取り入れられている。民間保険のなかに強制加入制を導入したことに加えて、公的介護保険と民間介護保険がほぼ同じ条件下で競い合うという仕組みになっている点が、ドイツ介護保険の大きな特徴となっている。介護保険のベースになっている医療保険でも市場競争の拡大が図られ、また介護サービス施設の間でも競争が激しくなっていることから、今後さらに公民間の競争が激しくなっていくものと思われる。

また、強制的な民間介護保険と並んで、旧来からの任意の民間介護保険が強制的介護保険の補完として位置づけられている点も1つの特徴といえよう。とくに介護費用保険は、公的な保険給付ではカバーし切れない介護費用を補填するものとして組みかえられることにより、急速な拡大を遂げているのが注目される。

注

- 1) ドイツの民間医療保険は、公的医療保険の加入義務免除者を対象にその代替的役割を果たす「完全保険」と付加的な給付を行う「部分保険」に分けられる。連邦統計局や民間医療保険連合会等の資料では、①医療費保険、②単独入院日額給付保険、③その他の単独部分保険、④疾病日額給付保険の4つに分類されているが、医療費保険が完全保険、他は部分保険に相当する。医療費保険は、病気・分娩・事故にともなう検診、治療、手術、入院、薬剤、補装具、歯科治療、義歯等の費用を負担する医療費完全保険が一般的である。免責額を設定でき、その額が高いほど保険料が低くなる。公務員等の場合は公務員法により医療費の50%~80%が所属官庁から支給されるので、残りをこの医療費保険から支払うという部分的保険契約となる。その他の保険は、公的医療保険や医療費保険の入院給付、傷病手当、家族給付等の上積みとして利用するケースが多い。民間介護保険への加入が義務づけられる民間医療保険は、完全保険に限られ、部分保険は対象にならない。1993年の民間医療保険の被保険者数は1,260万人で、そのうち688万人が完全保険の被保険者となっている。保険料総額は255億マルクで、そのうち医療費保険が70.7%を占めている(Verband der privaten Krankenversicherung e.V. 1993, S. 28-31)。また、民間医療保険は一般に公的医療保険よりも給付範囲が広く、給付水準も高いが、保険料負担が高く、家族保険料も課せられていることなどから、加入者には高額所得者が多い。民間医療保険に加入している被用者の保険料については、公的医療保険における保険料の事業主負担分の最高額を上限として、保険料の2分の1相当額が使用者から補助される。
- 2) 労働者(Arbeiter ブルーカラー)と職員(Angestellte ホワイトカラー)は従来、公的医療保険における加入義務、疾病金庫選択権等の面で異なる取り扱いとなっていたが、1989年の医療保険改革法および1993年の医療保険構造法によって両者の差異がなくなった。介護保険でも両者は同等に取り扱われている。

- 3) *Versicherungswirtschaft* 1997, S. 225-226.
 介護保険法では、要介護認定に関する指針、経済性に関する審査基準、付加給付に関する契約、介護報酬規定等に関して、公私の介護保険者団体、保険医協会、民間福祉協議会、社会福祉協議会、介護施設連合会等で構成する各種委員会が決定することになっている。
- 4) ドイツ民間医療保険連合会での聞き取り調査による。
- 5) 別の資料によると、1996年末における審査結果では、MDKの却下率が在宅介護で27.0%、施設介護で23.8%であったのに対して、メディク・プルーフの却下率は在宅介護で15.5%、施設介護で10.8%となっている（FOCUS Online News, 1997. 8. 7）。また、1995年末における在宅介護給付の申請者数は10万人強で、そのうち書類審査等を経てメディク・プルーフの審査を受けた者が7万人となっており、その結果は介護度Iが34.5%、介護度IIが43.1%、介護度IIIが22.4%となっている（却下率の記載なし。Münchener Rückの資料による）。1997年末現在、公民の介護保険から保険給付を受けている者は173万人で、そのうち14万人（在宅介護10万人、施設介護4万人）が民間介護保険から給付を受けている（Arbeit und Sozialpolitik 9-10/1997, S. 7）。
- 6) 松本勝明（当時、千葉大学助教授）がミュンヘンの医療保険会社を訪問調査したときに使用された説明資料。
- Straub, Fritz 1994: *Die gesetzliche und private Pflegeversicherung*, Rudolf Haufe Verlag.
 Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 1993: *PKV-Rechenschaftsbericht 1993*.
Versicherungswirtschaft 1995: Verlag Versicherungswirtschaft e.V., *Versicherungswirtschaft* Heft 14/1995.
Versicherungswirtschaft 1997: *Versicherungswirtschaft* Heft 4/1997.
 赤木純二郎 1994: 「ドイツにおける公的介護保険の導入」『生命保険経営』Vol. 62, No. 6
 今井薫 1996: 「介護保険をめぐる社会史的・経済学的考察：独日を中心にして—第1部ドイツ的介護保険をめぐる社会史的考察」生命保険文化研究所『文研論集』No. 116
 梅谷啓 1997: 「ドイツ公的介護保険の現状と課題」『生命保険経営』Vol. 65, No. 2
 生命保険文化研究所 1990: 『西ドイツ民営医療保険』生命保険文化研究所
 土田武史 1995: 「ドイツにおける民間介護保険の役割」『共済新報』Vol. 36, No. 5
 土田武史 1997: 「ドイツ介護保険の現状と課題」『季刊年金と雇用』Vol. 16, No. 2
 松崎健 1992: 「欧米の民営医療保険の現状と役割」『生命保険経営』Vol. 60, No. 2
 メックス, クラウス&シュミット, アンドレア/榎木真吉訳 1995: 『ドイツ介護保険のすべて』簡井書房

〈記〉厚生省の松本勝明氏から資料の提供を受けた。記して感謝の意を表する次第である。

（つちだ・たけし 早稲田大学教授）

参考文献

- Besche, Andreas 1995: *Die neue Pflegeversicherung*, Bundesanzeiger.
 Jung, Karl 1995: *Die neue Pflegeversicherung*, Stolfuß Verlag.