

ドイツ介護保険法の改正

The Reform of The Law of Long-Term Care Insurance in Germany

松原 直樹

Naoki Matsubara

はじめに

1. ドイツの介護保険制度の概要と沿革
 2. 2008年及び2013年のドイツの介護保険制度改革
 3. 近年のドイツの介護保険制度改革
- むすびにかえて～介護制度改革の方向性

要約

我が国では、高齢化の急速な進展とともに介護の需要もますます高まってきている。平成26年には、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、「医療法」とともに「介護保険法」が改正され、予防給付のうち、訪問介護・通所介護を地域支援事業に移行するという大きな改革が実施されている。日本が介護保険制度の手本としたドイツにおいても、高齢化の進展にともなう介護の課題を解決するため、2016年には、要介護度の基準を変更するという介護保険法の抜本的な改革が実施されている。本稿では、日本の今後の介護保険制度を考える上で参考とすべく、現在のドイツの介護に関する課題とその解決策を検討して、介護保険法がどのように改正されたかについて考察していく。

キーワード: ドイツ介護保険, 高齢者福祉, 社会保障制度

はじめに

日本が介護保険制度の手本としたドイツにおいては、介護にいち早く保険制度を取り入れたのであるが、近年、さらなる高齢化の進展にともない、介護保険においてさまざまな課題が生じてきている。2008年には、介護の質を高めるための改革や家族介護者の負担軽減により、在宅介護をより容易にするための制度改革が行われている。また、2013年には、認知症患者を対象とする要介護者への給付や追加的な民間介護保険への助成などについて、法改正がなされている。それ以降も依然として大きな課題となっていた認知症の介護をめぐることは、2015年の介護保険法の改革により、課題解決への取組がなされている。本稿では、まず、ドイツの介護保険制度の沿革・概要を概観した上で、大きな改革となった2008年、2013年、2015年以降昨年までの一連の法改正において、どういった課題に

どのように取り組もうとしていたかについて、検討を行い、日本の今後の介護保険制度を考える上で参考とするため、考察していく。

1. ドイツの介護保険制度の概要と沿革

ドイツにおいては、1995年に介護保険制度が開始されており、2000年に介護保険を施行した日本にとって、その制度設計をする上で、きわめて大きな影響を及ぼしたものであった。本節では、まずドイツの介護保険制度の基本原則はどのようなものであるかについて概観し、引き続き1995年の制度開始から、どのような改正を経て現在に至っているかについて、検討していく。

ドイツ介護保険に関する法律は、社会法典11編(SGB XI)¹⁾に規定されているものである。まず第1条では、2項で公的医療保険の被保険者は公的介護保

険の被保険者になり、民間医療保険の被保険者は民間介護保険に加入することを義務付けている。次に、3項では公的介護保険は介護金庫 (Pflegekasse) が保険者となることを規定している。この介護金庫は、医療保険の保険者である疾病金庫 (Krankenkasse) に併設されるものである。さらに4項では、「社会的連帯の精神に基づく援助を必要とする要介護者」への支援が任務であること、6項では、財源は、加入者と雇用者が納付する保険料であることが規定されている。従って、日本の制度とは異なり、公費である税は財源と規定されていないので、自営業者等は保険料を全額自己負担することになっている。

第2条では、「自己決定」の原則について規定がなされており、1項では「可能な限り自立し、かつ、自己決定して、人間としての尊厳に適う生活を送ることができるよう」な支援が求められること、その支援は「脳活性化介護 (aktivierende Pflege) の形態をも含み、要介護者が身体的、知的及び精神的な力を取り戻すこと又は維持することを目的」とするものであることが規定されている。同条第2項は、「給付法 (Leistungsrecht) の枠組みにおいて要介護者の希望に沿う」介護であること、さらには、「要介護者が同性介護を希望する場合には、可能な限り、これを考慮しなければならない」ことが規定されており、要介護者の意思を可能な限り反映させようとしている。

第3条は、「在宅介護の優先」原則について規定している。具体的には「在宅介護並びに親族及び隣人の介護の意思」が優先されることが規定されている。さらに「部分施設介護及びショートステイの給付」が「完全施設介護の給付に優先」されることが規定されている。第4条の「給付の種類及び範囲」についての規定では、この原則をさらに具体化した規定が置かれており、第2項では「在宅介護及び部分施設介護に」については「家族、隣人又は他のボランティアによる介護及び世話を補う」ものであることが規定されている。

第5条は「介護施設における予防給付並びに予防及び医学的リハビリの優先」についての規定が置かれ、さらに第6条では、被保険者の責務として「健康を意識した生活、予防措置への早期の参加並びに治療及び医学的リハビリ給付の積極的な受給により、要介護状態の回避に貢献する」こと、及び「要介護状態の発生後」においては、要介護状態の克服及び軽減並びに悪化の阻止のために、医学的なりハビリの給付及び脳活性化介護を受けなければならない」ことが規定されている。

以上のように、介護保険法の第1章の総則では、ドイツ介護保険制度の基本的しくみと基本原則について規定している。すなわち、全国民が、被扶養者も含めて、公的医療保険または民間医療保険の区分に従って公的介護保険または民間介護保険に加入することを義務づけられること、そしてその財源は加入者と雇用者が納付する保険料によって成り立つことが規定されている。日本の介護保険とは異なり、加入者及び受給者に関する年齢制限は存しないこととなっている。基本原則としては、介護の内容についての「自己決定」の原則、ついで「在宅介護優先」の原則、「予防給付」や「予防リハビリ」の優先について、規定している。これらは、現在の日本の介護保険における基本原則と軌を一にするものが多い。しかし「在宅介護及び部分施設介護」は、「家族、隣人又は他のボランティアによる介護及び世話を補う」ものであることが規定されており、この点は日本とドイツの介護保険制度で異なる点である。これは、後述する「家族給付」がドイツでは大きな役割を果たしていることから生じていることである。

ドイツでは、1994年に介護保険制度が創設され、在宅介護に関しては1995年1月から先行して制度が運用され、施設介護に関しても1996年7月には、制度の運用がなされることとなった。その後、保険料率の変更以外には、大きな制度改正が行われることなく10年以上の歳月が経過し、2008年になって「介護保険の構造的な一層の発展のための法律 (略称：介護保険発展法)」（das Gesetz zur structurellen Weiterentwicklung der Pflege-versicherung）が成立することにより、初めて介護保険制度にとって大きな改革がなされることとなった。本法は、介護保険制度の基本原則である「在宅介護優先の原則の強化」²⁾をめざしたものであった。その内容は、第一に介護給付の上限額について段階的に引き上げる、というものであり、利用できる介護サービスの範囲を広げようとする施策である。第二には、介護の質を高めるための新たな施策を導入する、というものである。これにより、新たな資格、新たな施設が創設されることとなった。三つめは、家族介護者の負担軽減により、在宅介護を利用しやすくするというものである。これは、介護休業のしくみを新たに導入していくものであるが、統計的に、在宅介護から施設介護への移行傾向が表れてきているため、その傾向に歯止めをかけるため、在宅介護の支援を強化しようというものである。具体的な内容については、2節で検討していくことにするが、本法は、要介護者の増加と

ともに要介護状況の重い介護者の絶対数が増え、施設介護の必要性が高まってきた、当時の介護状況への対策であると評価されている³⁾。

2013年には、「介護の新たな配置に関する法律（略称：介護新構築法）」（Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung）が施行された。この法律は、キリスト教民主連合（CDU/CSU）と社会民主党（SPD）の連立政権下の政府が、高齢化のさらなる進展に対処するため、SPDのシュミット連邦保健相の下で設置した「要介護概念の検証に関する専門家委員会」の報告書⁴⁾に端を発している。2009年に提出された報告書では、認知症や精神障害を患っている要介護者への介護については、従来の介護概念の枠内では捉えられないため、新たな概念構築の必要性が提言されたのである。しかし、その報告書においては、解決すべき課題が依然として残っていたため、継続して検討されることとなった。そうした介護保険をめぐる膠着状況の下で2012年に総選挙が実施された。その結果、CDU/CSUと自由民主党（FDP）の連立政権が誕生し、選挙で大敗したSPDは政権からの離脱を余儀なくされた。その総選挙では、介護保険制度も争点の一つとなり、連立与党の両党とも選挙公約で介護保険改革を掲げた。そのため、連立政権樹立のための連立協定では、「介護給付の質確保」や「新たな要介護基準の創設」などがそこに盛り込まれることとなった。その後、成立したのが「介護新構築法」である。本法は、まずは選挙公約及び連立協定を履行するための法改正であったため、法案提出当時の保健相パウルが述べているように「要介護概念改正へ向けての前提作りのための重要な一歩」ではあったが、「本格的な改革のための「調整」の域をでるものではな」かったのである⁵⁾。主な内容としては、まず「在宅の認知症患者への介護給付を実施する」というものである。次に「在宅で介護する家族への介護手当等による支援強化」がその内容である。さらに、「要介護者の居住共同体への助成」を実施し、そうした施策を実施するため「保険料率の引き上げ」を行うというものであった。本法においては、2006年の専門家委員会設置以来の懸案であった新たな要介護基準の創設には至らなかったのであるが、身体的な介護において非認定とされ、これまでは給付の対象とならなかった認知症患者等に対して、介護給付が実現されることとなったのは、ドイツ介護保険制度にとって大きな転換点であったと考えられる。

これまで積み残されていた新しい介護概念に関して

は、パウル連邦保健相の下で設置されている専門家委員会で議論がなされ、2013年6月に報告書が提出された。その報告書では、認知症疾患や精神疾患を考慮した新たな要介護評価基準（NBA）により、5段階の要介護度への変更が提言されていた。

そして、その後の介護保険改革を推し進める引き金となったのは2013年9月の連邦総選挙であった。前回の総選挙と同様、介護保険制度は選挙の重要な争点の一つとされたが、選挙結果を受けて、CDU/CSUと大連立政権を組むに至ったのは、SPDであった。SPDは2009年9月以来の政権への参加ということになった。前回の連立政権と同様に、介護保険制度に関する連立協定が締結され、新たな介護概念の早急な導入や家族による介護労働への支援強化などが盛り込まれた。そうした介護保険制度をめぐる状況の中、連邦議会において法案審議がなされ、2015年には「第一次介護強化法」（Erstes Pflegestärkungsgesetz）と「介護と家族と仕事をより良く調和させるための法」（Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf）が施行された。前者は、その名称が示すように、次の法律につながっていくことが前提で成立した法律であった。したがって、介護保険制度の中でも早急に取り組むべき問題を改善するものであった。第一に「介護給付の上限額の4%の引き上げ」が実施され、第二に「在宅介護の支援強化」がなされ、デイケア・ナイトケア・ショートステイ等が利用しやすくなるような制度改正がなされた。第三には、「介護保険料率の引き上げ」が実施され、それを介護サービスの充実にあてるとともに、その一部は介護準備基金に積み立てて、介護保険の財政基盤を強化するというものであった。後者は2008年の「介護保険発展法」により創設された「介護休業制度」をより利用しやすくするものであった。

介護保険制度改革については、法律成立後も引き続き検討・議論がなされ、2015年中に「第二次介護強化法」（Zweites Pflegestärkungsgesetz）が成立した。本法は、10年来の懸案であった要介護認定基準の見直しを柱とする介護保険制度改革であった。この改正により、2017年の年初から、介護給付は質量ともに拡充され、特に認知症患者等に対する給付は大きく改善されることとなった。

2016年中には、さらなる介護保険制度改革を意図した「第三次介護強化法」（Drittes Pflegestärkungsgesetz）が成立し、2017年から施行されることとなった。本法は、地域介護サービスの充実を意図したものであり、

介護相談の拡充などをその内容とするものであった。

以上のような経緯で現在の介護保険制度の枠組みは形成されてきたのである。

こうした介護保険制度の変遷に対して、ドイツの

人々の現在の高齢化に関する状況及び介護をめぐる状況はどのようなものであろうか。以下では、直近の2017年に公表された2015年末現在の「要介護者の現状」⁶⁾ についての統計をもとに概観しておく。

表1 要介護度別介護サービス利用状況

介護サービス利用状況	要介護者			要介護度別				要介護者全体に占める割合	要介護度Ⅲが占める割合	
	合計	対2013年比率	うち女性の比率	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	未定			
	人数	%		人数						
在宅介護	2,076,877	11.6	61.1	1,333,149	580,316	163,412	-	72.6	7.9	31.2
家族のみで介護	1,384,604	11.1	58.3	923,958	365,195	95,451	-	48.4	6.9	30.4
訪問介護利用	692,273	12.4	66.7	409,191	215,121	67,961	-	24.2	9.8	32.9
施設入所	783,416	2.5	71.8	304,237	309,936	160,549	8,694	27.4	20.5	70.8
合計	2,860,293	8.9	64.0	1,637,386	890,252	323,961	8,694	100.0	11.3	42.0

表1で示すとおり、2015年末現在、要介護者は290万人弱である。その約64%は女性でありそのうち在宅での要介護者が約208万人であり、施設での要介護者が78万3千人余である。それぞれ約73%と約27%であり、介護保険制度の基本原則である「在宅介護優先」の原則にしたがった現状となっている。在宅で家族により介護を受けている要介護者は約138万人であり、これらの人々に対して、介護手当を受けとっている家族・親族が介護を行っている。そうしたケースは、要介護者全体の半数近く（48.4%）を占めている。

一方、一部もしくは全面的に訪問介護サービスを利用している人は69万2千人であり、全体の4分の1弱（24.2%）にとどまっている。こうした現状は、介護手当が制度化されていなく日本の介護をめぐる状況と大きく異なる点である。

要介護度区分に関する統計について、それぞれの介護区分の人数も、表1に示された通りであるが、要介護Ⅰが57.2%、要介護Ⅱが31.1%、要介護Ⅲが11.3%であった。この要介護区分は第二次介護強化法により、2017年には5段階に区分されることになるが、2015年当時の基準は、次の通りであった。介護の対象者について、要介護度区分ごとに「基礎介護」「家事援助」についての基準が示されている。まず、要介護度Ⅰは、「基礎介護」の領域について、「ひとつあるいは多くの分野で最低2つのことに日々の援助が必要」であり、「家事援助」は「週に何度も必要」である、というものである。要介護度Ⅱは、「基礎介護」の領域では、「朝昼晩3回の基礎介護が毎日必要」であり、「家事援助」は要介護度Ⅰと同様に「週に何度も必要」である。最後に、最も介護の必要性の大きい要介護Ⅲについては、「家事援助」は他の二区分と同様である

が、「基礎介護」については、「ひとつあるいは多くの分野で日夜援助が必要」という基準が示されていたのである。この区分によって、ケアにかけられる時間が決まり、要介護度Ⅰは「最低90分、うち基礎介護45分」であり、要介護度Ⅱは「最低3時間、うち基礎介護2時間」であり、要介護度Ⅲは「日夜（日中最低5時間、うち基礎介護に4時間）、家事援助は週何度も」と規定されている。

上記のようなドイツの介護保険の利用をめぐる状況を概観すると、要介護度の重い介護者Ⅲの割合が比較的低いように見える。日本の場合、2016年度のデータ⁷⁾ では、最も要介護度の重い要介護5の対象者の割合は9.5%であり、次に要介護度の重い要介護4の対象者の割合は12.1%であることから、ドイツの場合は要介護の必要性が、厳しく見積もられているようにみえる。また、介護度Ⅲの要介護者の家族・親族介護の割合が、施設介護の割合と変わらない割合となっている。この点は日本の制度とは大きく異なるものである。

2. 2008年及び2013年のドイツの介護保険制度改革

前節の介護保険制度の沿革で概観したとおり、1995年の介護保険制度創設以来、2008年の「介護保険発展法」が介護保険制度の基本構造に係る初めての大きな改正であった。ただし、それまでも介護保険料率については改正がなされている。1995年1月の制度開始時においては、もっぱら在宅介護を対象としていたため、公的介護保険の保険料率は1.0%であったが、施設介護も対象となった1996年7月には1.7%となった。これは当初から予定されていたものである。その後保険料率は据え置かれることになるが、2005年1月からは、子どものいない23歳を超える被保険者について、

0.25%の追加保険料が課せられることとなった。これは、連邦憲法裁判所の違憲判決に対応するための改正であり、被保険者の自己負担分のみに上乗せされるものである。この改正により、子どものいない23歳超の被保険者は2005年から1.95%の保険料率となったのである。

「介護保険発展法」では、まず「介護給付の上限額の段階的な引き上げ」が行われた。それまで据え置かれていた給付額について、2008年6月から2012年1月にかけて、4段階で引き上げを行うというものである。「在宅介護（現物給付）」「介護手当（現金給付）」「デイケア・ナイトケア」「シュートステイ」「代替介護」「完全施設介護」のそれぞれの種類の介護について、引き上げが行われたが、「完全施設介護」の「要介護度Ⅰ」及び「要介護度Ⅱ」については、据え置きであり、また「介護手当（現金給付）」の上げ幅は、他の種類の介護と比較して小さいものとなっている。そのため、「在宅介護優先の意図が明確に示されている」⁸⁾と言える。次に、在宅介護の支援策として、日本における地域包括支援センターに該当するような介護支援拠点（Pflegestützpunkt）を設置し、日本における「居宅介護支援」や「介護予防支援」に該当するケースマネジメントのしくみが導入され、その任務を介護金庫の介護相談員（Pflegeberater）が担当することとしている。これらは、日本の介護保険制度を模したものであるとされているが、「一つの場所ですべてのことを」を目標に、在宅介護を総括的で総合的に提供するようにしたものである⁹⁾。

第二の「介護の質を高めるための新たな施策」としては、介護の質に関する審査の実施と公表というものである。まずは、医療保険メディカルサービス（MDK）により、介護施設のすべてを2010年末までに審査して、結果を公表することとなっている。その内容は、82項目について①介護並びに医療的処置の質、②認知症の要介護者との接し方、③社会的な世話と日常の過ごしせ方、④居住環境、食事、衛生状態、の4つのカテゴリーに分類し、5段階評価で検査をし、その結果をインターネット上で公表するというものである。そして、2011年からは2年に一度は、予告なしに検査することとしている。

第三は、「家族介護者の負担軽減のための介護休業のしくみの導入」である。これは、15人以上の事業所の従業員について、家族介護のための最長6ヶ月の休業（無給）を可能としたものである。同時に、10日間の短期休業についても制度化している。

それ以外にも、「認知症患者に対する給付の改善」が図られている。「見守りや世話」（Betreuung）については、2001年に介護保険の対象となったが、十分な給付がなされていなかった。本法は、認知症患者への「見守りや世話」のニーズに応じて月額100ユーロまたは200ユーロが支払われることになった。そして、これまでは、介護保険の対象でなかった「要介護度0」の人であっても認知症と認められた場合には、追加給付が認められることとなった。さらに、要介護度がⅠからⅢまでの人で認知症と認定された場合には、通常の給付に加えて、追加給付が行われることになった。認知症患者への対策は、当時すでに重大な懸案となっていたが、要介護基準の抜本的な見直しを短期間で行うのは非常に難しい状況であったため、追加的な対策にとどまるものであった。それでも、連邦保健省にとって、その当時としてできる限りの対策を実施しなければならぬような重要な課題であったと考えられる。

本法による介護保険制度改革は、介護給付の上限引き上げや新たな介護保険関連施設の設置のように多くの財源を必要とするものであったため、介護保険料率の引き上げも、法律に盛り込まれている。2008年6月からは、0.25ポイント引き上げ、一般の被保険者の保険料率は1.95%となった。23歳を超える子どものいない被保険者の保険料の上乗せ率には変化がなかったため、23歳超の子どものいない被保険者は、2.20%が保険料率とされた。

ドイツの高齢化の進展は、介護保険改革のスピードを上回るようにさまざまな課題を露呈してきたため、2012年3月からは、新たな介護保険改革法が審議され、同年6月に成立したのが「介護新構築法」である。本法は、2008年の「介護保険発展法」を引き継いで、その施策をさらに推し進めるものである。その内容は次の通りである。

一つは「在宅の認知症患者への介護給付の実施」である。前述の「介護保険発展法」によって、すでに「見守りや世話」の給付や認知症患者への追加給付を制度化したのであるが、それをさらに強化したのが本法である。それは、要介護度0に対しては月額120ユーロの介護手当または225ユーロの介護サービスを行い、要介護度Ⅰに対しては305ユーロの介護手当または665ユーロの介護サービス、要介護度Ⅱに対しては月額525ユーロの介護手当または1,250ユーロの介護サービスを行うことを可能とするものであり、「介護保険発展法」からは大幅な増額となった。

第二は「在宅で介護する家族への支援強化」である。これは代替介護に関して追加給付をするというものである。これまで、病気・休暇等により家族等介護者が介護できない場合、いつもの介護者に代わって代替者が介護を実施することが認められており、その費用は1年間につき4週間を限度として給付が認められている。しかし、その間の家族等への介護手当は支給されていなかった。本法による制度改革にあたっては、代わって介護してもらった家族等に対する介護手当を半額支給するというものである。こうした制度改革は、家族等による介護も介護労働として正当に評価していることの証左であると考えられる。

第三は、「要介護者の居住共同体への助成」の実施である。2008年の制度改革でも「高齢者居住共同体(Senioren-Wohngemeinschaft)」を高齢者や要介護者の生活の場として活用するため、居住共同体で生活する要介護者への介護給付の要件を緩和し、居住を促進していた。今回は、居住共同体への要介護者の居住促進のため、一人当たり200ユーロの補助金を支給することとなっている。また、新たな居住共同体づくりには、居住者1人あたり2,500ユーロ、グループ最大1万ユーロの補助金の支給も盛り込んでいる。こうした施策は「完全介護施設に代わって居住共同体のなかで個々の居住者の意向に沿った介護サービスを提供することが企図されている」¹⁰⁾といえるだろう。

それ以外にも、介護金庫やMDK等に対し、要介護者やその家族対応を改善するための改革も本法には含まれていた。

今回の改革においても、さまざまな給付の拡大がなされたため、「保険料率の引き上げ」が実施され、保険料率は0.1%引き上げられることとなった。そのため、一般の被保険者の保険料率は2.05%となり、23歳超で子どものいない被保険者は2.30%を納めることとなった。

懸案であった新しい介護概念と認定基準については、この段階でも成案を提示することができずに終わり、さらに検討が進められることとなった。

以上のように、2013年1月からの介護保険制度改革は、2008年の制度改革をより一層推し進めるものであり、特に認知症患者への支援は、かなりの規模で追加されており、認知症介護対策の必要性を政府は十分に認識していることがうかがえる。また家族介護者への介護休止期間における介護手当の支給は、ドイツ介護保険制度において、重要な介護の担い手としての家族・親族介護者の位置づけをさらに明確化したものと

考えられる。さらに、介護者のニーズに合わせた生活の場である居住共同体を協力を支援する施策は、ドイツでの介護の方向性を示すものであると考えられる。しかし、新しい介護概念や介護基準は先送りされることになっており、全体としては、当時の介護を取り巻く課題に応急的に対応したにとどまる改革であったと言えよう。

3. 近年のドイツの介護保険制度改革

最近では、2015年に施行された「第一次介護強化法」からはじまり2016年・2017年には「第二次介護強化法」「第三次介護強化法」により、介護保険制度改革が実施されている。本節では、相次いで成立し施行されている三つの介護強化法が介護保険制度をどのように変化させ、介護をめぐる課題をどのように解決に導こうとしているか、検討していく。

「第一次介護強化法」は、CDU/CSUとSPDの連立政権合意にしたがい、早急に改善すべきものが優先されている。本法により、まず「介護給付の上限額の4%の引き上げ」が実施された。前述のとおり「介護保険発展法」により、介護給付の上限は、2012年までに段階的に引き上げられたが、その後2015年までの約3年間の物価上昇率を考慮して、さらに4%を引き上げることにしたのである。3年前までの引き上げは、在宅介護を支援するための引き上げであり、完全施設介護については引き上げがないか、引き上げ幅が少ないものであったが、「第一次介護強化法」では、「在宅介護」「完全施設介護」及び「認知症のための給付」も含めて、一律の引き上げであった。

第二の「在宅介護の支援強化」は、「介護新構築法」における代替介護利用時の介護手当半額支給と同じ方向の改正である。それまでデイケア・ナイトケアを利用する場合には、その分が在宅介護の現物給付や介護手当から差し引かれていたが、それは差し引かれることなくデイケアやナイトケアが利用できるようにしたのである。さらに、代替介護費用の支給上限であった4週間が6週間に広げられたのである。制度の使い勝手についても改善が図られ、代替介護については、ショートステイを利用しない分は、上限の50%以内で代替介護費用にあてることができるようになり、逆に、代替介護を利用しない分はショートステイの上限4週に4週分上乘せすることができるようになったのである。この法改正は、要介護者とその家族・親族、それを取り巻く環境に合わせた介護を可能とするような改革とみることができる。

第三は、「介護保険料率の引き上げ」である。介護給付の一律引き上げや在宅介護の費用上限引き上げを実施するためには、財源が必要であり、保険料のみが財政基盤であるドイツの介護保険制度にとって、引き上げは不可避であったが、2015年1月からは0.3%引き上げられることとされ、一般の被保険者の保険料率は2.35%となった。今回の引き上げ分のうち0.1%については、2033年まで介護準備基金に積み立てを行い、2035年以降の保険料率の引き上げ回避に利用することとされている。世代間の公平性を保ちながら、介護保険の財政基盤を強化するというものであった¹¹⁾。

以上のように、「第一次介護強化法」における介護保険制度改革は「介護保険発展法」と「介護新構築法」によってなされた改革の延長線上にある改革であり、主に認知症対策、在宅介護支援を目指したものであった。

2015年中に成立した「第二次介護強化法」は、これまでの追加・修正で対処してきた改革と異なり、介護保険制度の枠組みを変える法改正である。

主な改正は、「新しい要介護認定基準への変更」である。この要介護認定基準変更の必要性は、2006年の専門家委員会での議論にはじまり、法改正のたびに検討されてきたのであるが、ようやく要介護認定基準そのものについての法改正にこぎ着けたのである。基本的には、身体的機能のみならず、認知機能の低下や精神障害の程度についても、要介護度の判定に含められるよう、基準を改正するというものである。要介護度の判定のためには、まず6分野について、要介護者の自立性の調査を行うこととされた。これまではケアに要する“時間”が基準となっていたのであるが、“自立度”へと基本的な考え方が大きく変わったのである。

6分野とは、1.運動能力、2.認知能力・コミュニケーション能力、3.行動及び心理面での症状、4.日常動作、5.病気又は治療への対処、6.日常生活及び社会生活、である。本法の附則には、その6分野について、モジュールというその分野の能力をはかる具体的な行為・症状等が示されている。例えば、「1.運動能力」については「1.1寝返り」、「1.2座位保持」、「1.3移動」などの行為について、「自立」「ほとんど自立」「ほとんど非自立」「非自立」の4段階で評価していくことになっている。それぞれ0・1・2・3点で点数化されている。「2.認知能力・コミュニケーション能力」については「2.1近距離での人の認識」「2.4重要な出来事又は見聞きしたことの記憶」「2.6日常生活における決定」「2.8リスク・危険の認識」等について、「能力有り」

「おおむね能力有り」「おおむね能力なし」「能力なし」の4段階で評価し、それぞれ0・1・2・3点で点数をつけ、積算していくことになっている。「3.行動及び心理面での症状」であれば、「3.1突発的かつ不穏な行動」「3.2夜間の興奮」「3.3自傷行為」「3.9妄想」「3.11抑鬱」などの行動・症状について、「全くないか、まれである」「2週間に1回から3回」「1週間に2回以上」「毎日」の4段階で0・1・3・5点で点数化することとされている。「5.病気又は治療への対処」についてのモジュールは「5.1投薬」「5.2注射（皮下注射又は筋肉内注射）」「5.3静脈注射」「5.8包帯交換及び傷の手当て」「5.9人工肛門の装着」等になっており、「該当なし」にチェックするのであれば、「措置の頻度」として「1日当たり」又は「1週当たり」、「1月あたり」について該当項目に頻度を記入する形になっている。

1から6までの各分野については、同等に評価するのではなく、「1.運動能力」については10%、「2.認知能力・コミュニケーション能力」と「3.行動及び心理面での症状」の分野別点数のうち高い分野の点数を15%評価し、「4.日常動作」を40%、「5.病気又は治療への対処」を20%、「6.日常生活及び社会生活」を15%の配分で合計点数を出すことになっている。そうして算出した合計点数により、要介護度が認定されるのであるが、それは下記の表2に示したとおりである。

表2 新しい要介護認定基準

合計点数	要介護度	状態
12.5～27未満	1	自立性又は能力の軽微な障害
27～47.5未満	2	自立性又は能力の相当な障害
47.5～70未満	3	自立性又は能力の重大な障害
70～90未満	4	自立性又は能力の著しく重大な障害
90～100未満	5	自立性又は能力の著しく重大な障害及び介護における特別な困難

このように従来3段階の要介護度から5段階の要介護度に変更となったのであるが、2017年の改正法施行の段階では、身体的な理由のみでの要介護の場合には、従来の介護区分から1段階アップし、認知症または精神疾患のある場合には2段階アップするというのが新基準の目安となっているようである。したがって、新基準の要介護度1は、これまでの基準では非該当であった人が新たに要介護者となるという可能性が大きいといえる。

その要介護度1に該当することになった要介護者に対しては、自立維持・回復を目的としたサービスが予

定されており、在宅介護での介護手当や現物給付、代替介護等の人的な介護については、給付が規定されていない。そのため、介護用品の購入や介護補助具の貸与、住環境改善への補助等についてのみ、他の要介護度の人たちと同様に支給されるのである。そして、自立性維持及び予防措置として、「介護相談」や「介護者のための介護講習」が給付項目としてあげられている。

「第二次介護強化法」では、その他にも介護保険制度を改正する規定があり、まずは、介護者の要件について変更する規定が置かれている。介護者については従来の「週に14時間以上介護する者」から「通常は週に2日以上で合計10時間以上介護する者」に要件が変更となった。また、離職して要介護度2以上の要介護者を介護する場合には、失業保険料が介護金庫から支払われることとなった。次に、介護金庫が「リハビリ適切性の調査」の活用を促進するため、リハビリ適切性調査手続を全国的に統一し、その実績の報告を義務付けている。さらに、従来から行われており、介護保険の助成対象となっていた介護ボランティアグループによるサービスを「日常生活援助のためのサービス」に整理し、「世話サービス」「介護者の負担軽減サービス」及び「日常生活援助のためのサービス」に区分することとなった。

これらが「第二次介護強化法」の主な内容であるが、要介護度の区分変更及び基準変更により、要介護者の増加は予想されることであるため、今回も財源の確保は必要である。本法における制度改正においても、介護保険料の引き上げが、法律の内容となっている。今回は「第一次介護強化法」時からさらに0.2%引き上げることとなり、その結果、一般的な被保険者であれば、2.55%が新たな保険料となった。そして、23歳超の子どものいない被保険者には0.25%が上乗せされるため、介護保険だけで2.8%という水準にまで達してしまったのである。

2016年12月には「第三次介護強化法」が可決され、2017年1月から施行されている。本法は、要介護者に直接関わる制度改正というより、要介護者が生活している地域の自治体による介護に関わる役割を強化することがその目的である。その法内容は、第一に2008年の「介護保険発展法」により設置することが可能となった「介護支援拠点」を新たに設置するための権限を、地方自治体に5年間の限度で付与するというものである。次に、それまで介護金庫が実施してきた介護相談事業について、地方自治体の介護相談員が実施す

るというモデル事業を全国で60実施するというものである。さらに、地方自治体による追加的な介護給付の実施とそのための財源確保もその内容となった

このように「第三次介護強化法」は、行政を中心とした介護の地域拠点整備を可能とするような制度改革を規定することとなったのである。これは、日本の地域包括ケアシステムの整備に似かよっている制度改革であると考えられる。

むすびにかえて～介護制度改革の方向性

2005年にメルケル政権が誕生して以降、ドイツでは介護保険制度改革が重要な政治課題となっており、メルケル氏が属しているキリスト教民主連合の連立先が変更になっても、そのことは変化しなかった。時々の連立政権の連立協定には、必ず介護保険に関することが含まれており、与野党を通じて、重要な懸案事項として扱われていたものである。そして、これまで見てきたように2008年以降には、さまざまな介護保険制度改革が施されてきた。以下では、これまでの制度改革により目指されてきたものを検討し、今後の方向性を考察していきたい。

まず、2008年の改革から常に対策が講じられてきた対象は、認知症等患者を対象とした介護である。2016年以前は要介護度の判定基準として、ケアに要する時間が重視されていた要介護基準であったため、認知症患者の要介護度は低く出てしまうことが多く、必要な給付がなされてこなかった。そのため、2008年から2016年までの介護保険制度改革では、別枠の追加給付を増やしていくことによって、認知症患者への介護給付を実施してきた。それが2017年以降の新たな要介護度基準では、「2. 認知能力・コミュニケーション能力」や「3. 行動及び心理面での症状」の分野が自立度の調査分野に含められたため、認知症患者に関する要介護度は、以前と比較して適切なものとなったと考えられる。2017年の法改正で導入された新要介護基準が現実に適正な要介護度を導いているかについては、今後十分な検証がなされると思われるが、10年余り費やした認知症患者への介護に関する対応は、ひとまずは適切に対処されたと思われる。

次に講じられた対策は、在宅介護への支援である。現在の介護保険法においても基本原則となっている「在宅介護優先の原則」を維持するため、2008年には在宅介護を中心とした「介護給付の上限額の段階的な引き上げ」がなされ、2015年には、施設介護も含めた「介護給付の上限額の4%の引き上げ」が実施されてい

る。また、家族介護者への支援についても充実がはかられ、2013年の「代替介護に関する追加給付」や2015年「第一次介護強化法」における「在宅介護の給付を受けながらデイケアやナイトケアが利用できるようにした」こと、「代替介護費用の支給上限期間の拡大」など、在宅介護充実のための施策が目に見える形で数多くなされたのである。

第三に、さまざまな介護資源の質保証のための施策がとられている。まず「介護保険発展法」では「介護の質に関する審査の実施と公表」を義務づけている。また、「介護と家族と仕事をより良く調和させるための法」や「介護職法」を制定することで、介護を実施する人をとりまく環境整備に力を入れている。

第四に実施されてきたのは、数度にわたる保険料率の引き上げである。介護給付の引き上げや在宅介護の充実のために必要とされる財源を確保するには、財源をもっぱら保険料によっているため、必然的に保険料率の引き上げを伴うこととなっている。約20年間で1.7%から2.8%まで引き上げられた被保険者にとって、少なくない負担となっているが、このように負担とサービスが比例することで、介護保険改革の是非が判断しやすくなっていると思われる。

第五に、地域における介護支援体制の整備が実施されている。「介護保険発展法」では、介護支援拠点を設置し、ケースマネジメントのしくみを導入している。そして、それを介護相談員が担当することとした。日本の仕組みをまねたものであるとされるが、「一つの場所ですべてのこと」が出来るような利用者にとって便利なしくみが意図されたのである。

2008年の改革からはじまり、2017年の「第三次介護強化法」の施行により、ドイツの介護保険制度改革は一段落したものであると思われる。しかし、日本と同様に、さらなる高齢化の進展により、新たな改革が前倒しで求められる可能性は高い。最後に、日本の制度と比較しながら、両国にとっての今後の課題を提示しておきたい。

第一は、財源の問題である。日本の場合は、公費負担が財源の半分であるが、ドイツは全額保険料負担である。そのため、介護保険で部分的な給付にとどまり、残りは自己負担か公的扶助によってしまうことになる。今後、両国は財源について、どのような方向に向かうべきであるか、お互いの制度を検討することが双方にとって有益であると考えられる。

第二には、被保険者の範囲である。ドイツの場合は被保険者の年齢制限がなく、さらに子どものいない被

保険者の保険料率が高く設定されている。これは、社会全体で介護・子育てを実施するという思想の表れと考えられる。日本でも被保険者の範囲拡大が取りざたされているが、特に、日本における議論ではドイツの事例・考え方は参考にされるとと思われる。

第三には、家族・親族介護者に対する介護手当の給付である。ドイツでは、制度開始以来、家族による介護とその対価としての介護手当が介護保険制度の中心的な役割を果たしてきた。今回の一連の制度改革でも、家族介護者への支援が何度も施策としてとられてきている。この制度については、日本でも紹介されて評価がなされている¹²⁾が、日本の今後の介護保険制度を構想する上で、検討に値するものと思われる。

少子高齢化傾向の先進国にとって、介護の問題は、最も重要で深刻な課題である。ドイツの一連の介護保険制度改革を検討し、制度の違いを認識しながら、日本の介護保険制度の改善策を模索することは、よりよい制度に改善していく上で大変重要である。今後もドイツの動向を注視していきたい。

引用文献

- 1) https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html (2018年9月25日アクセス可能)。
- 2) 田中耕太郎：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，89：36，2011。
- 3) 小塚治宣：ドイツ介護保険のゆくえ。週間社会保障，2573：45，2010。
- 4) 報告書の内容については、小塚治宣：ドイツにおける介護保険改革の新たな動向。週間社会保障，2683：50，2012。
- 5) 小塚治宣：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，2683：50，2012。
- 6) Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt) 2017. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (2018年9月25日アクセス可能)。
- 7) 平成28年度 介護保険事業状況報告 (年報)。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/16/index.html> (2018年9月25日アクセス可能)。
- 8) 土田武史：ドイツの介護保険改革。健保連海外医療保障，94：3，2012。

- 9) 小柳治宣：ドイツ介護保険のゆくえ．週間社会保障，2573：45，2010．
- 10) 土田武史：ドイツの介護保険改革．健保連海外医療保障，94：7，2012．
- 11) 渡辺富久子：【ドイツ】介護を強化するための介護保険法の改正．外国の立法，262(1)：2，2015．
- 12) 宮本恭子：ドイツにおける家族介護の社会的評価．経済科学論集，42：1-21，2106．参照

The Reform of The Law of Long-Term Care Insurance in Germany

Naoki Matsubara

Abstract

In Japan, demand for nursing care is increasing more and more with the rapid progress of aging. In 2008, the “Law on Improvement of Related Laws to Promote the Comprehensive Assurance of Medical Care and Nursing Care in the Region”, the “Long-Term Care Insurance Law” was revised along with the “Medical Law”, and among the preventive benefits, Major reforms are under way to shift visiting nursing care and home care to local community support projects. Even in Germany, where Japan has modeled the nursing care insurance system, in order to solve the problem of nursing care accompanying progress of aging, reform of long-term care insurance law over nursing care of dementia is underway in 2015. In this paper, in order to refer to Japan's future long-term care insurance system as a reference, we will examine the current issues concerning nursing care in Germany and its solutions and discuss how the nursing-care is treated.

Keywords: German long term care insurance, German welfare for the elderly, German social security system