

《論文》

ドイツの介護保険と介護改革の課題

田畑 洋一

# ドイツの介護保険と介護改革の課題

田畑 洋一

和文抄録：わが国と同様、高齢化の進展に伴い、ドイツでも要介護者の急激な増加がみられる。増加する要介護者に対して必要となる良質の介護サービスをいかに提供していくかが、大きな政策課題となっている。そのために、ドイツでは介護の質向上を求める改革が試みられている。しかし、これらの改革にも関わらず、残された課題も多い。そこで、本稿ではドイツの介護保険を概観したうえで、さらなる改革で押さえるべき要点について、Gohdeのレポートによりながら整理する。

キーワード：ドイツ介護保険、要介護度、リハビリテーション、介護の理想像

## はじめに

わが国と同様、高齢化の進展に伴い、ドイツでも要介護者の急激な増加がみられる。2011年現在、ドイツには250万人の要介護者がいるが、2030年には328万人、2040年には364万人に達すると予測されており<sup>1</sup>、増加する要介護高齢者に対して必要となる良質の介護サービスをいかに提供していくかが、大きな政策課題となっている。そのために、ドイツでは介護の質向上を求める改革が試みられている。その契機になったのは、増え続ける認知症の高齢者に対する対応が不十分ではないかという声が大きくなってきたからである<sup>2</sup>(土田2012: 1)。こうした認知症患者の増加に対応して、2008年には認知症の人への給付を増額したのをはじめ、在宅介護における給付水準の引上げ、ケースマネジメントや介護支援拠点の導入、高齢者向け居住共同体の促進、介護休業の導入などの給付改善や保険料率の引上げなどが行われた。また、2013年に「介護保険新展開法」(Pflege-Neuaustrichtung-Gesetz)と「新介護職法」(Neue Pflegeberufegesetz)が実施された。しかし、これらの改正にも関わらず、残された課題も多い。そこで、本稿ではドイツの介護保険を概観したうえで、さらなる改革で押さえるべき要点と課題について、Gohde<sup>3</sup>のレポートによりながら整理する。

## 1. 介護保険の概要

ドイツの介護保険は社会法典第11編に定められており、わが国と同様、被保険者が保険料を納付し、要介護(Pflegebedürftigkeit)になった場合に、要介護認定を受け、要介護度別の介護給付を受給する。法は加入義務

1 Bundesministerium für Gesundheit (以下BMG) 2013による。

2 ドイツ連邦連邦保健省によれば、現在の認知症患者は140万人で、この数字が2030年になると210万人に増加すると推計されている(BMG2013)。

3 Jurgen Gohdeはケルンを拠点とするドイツ高齢者支援機構(KDA)の最高責任者である。

のある民間介護保険についても規定している。公的介護保険の保険者は、公法上の法人である介護金庫（Pflegekasse）で、それは公的医療保険の保険者である疾病金庫に併設されている。このようにドイツの介護保険は医療保険とリンクしており、慢性疾患や障害、認知症など、医療的診断があれば介護を受けることができる。公的医療保険の被保険者は公的介護保険に、民間医療保険の被保険者は民間介護保険に加入する。公的医療保険及び公的介護保険では、労働者や職員、年間労働報酬が保険加入限度額を超えない者、公的年金の受給者などが強制被保険者となる<sup>4</sup>。その配偶者または子で、その収入が平均報酬額の7分の1を超えない者などは家族被保険者となる。官吏は、疾病や要介護となった場合に補助給付が給付されるが、その対象外の部分を補うために民間医療保険に加入しているケースでは、民間介護保険に強制加入となる。

ところで、ドイツの介護保険がわが国と大きく異なるのは、要介護認定の仕組みである。介護が必要となった場合、わが国では市町村に申請するが、ドイツでは介護金庫に申請をする。介護金庫により申請が却下された場合は、介護金庫に対する意義の申立てとその後、社会裁判所への申立手続きを行うことができる。要介護認定の要件が満たされているか否か、また、いずれの要介護度に該当するかしないかを専門機関である医療機関の「メディカルサービス」（Medizinischer Dienst Krankenversicherung:MDK）に審査させる（Nerlich2007:7）。介護金庫はMDKに、要介護認定ならびに要介護度（Pflegestufe）について調査報告をさせる。介護金庫が、要介護認定ならびに要介護度を決定し、被保険者に認定結果を通知する。要介護認定期間は申請から最低4週間以内、病院やホスピスなどにいる申請者の認定期間は1週間となっている。もし、要介護度が申請後4週間以内に決定されなかった場合には、期限経過後1週間当たり70€が支払われる。

介護保険の給付受給権者は、介護を必要とする者であり、わが国のように40歳以上という年齢規定はなく、子どもと障害者も対象となる。介護保険の対象となる要介護者とは、疾病または障害のために、日常生活において日常的かつ規則的に繰り返される活動（日常生活活動）を行うのに、継続的（最低6か月）に相当程度以上の援助を必要とする者をいう（介護保険法第14条第1項）。基本的に要介護度の区分はⅠ～Ⅲの3段階があり、それぞれの給付額が定められている（表）。最も要介護度が軽い要介護度Ⅰの認定基準は、一日最低90分以上の援助が必要で、そのうち身体介護、栄養摂取そして移動といった基礎介護（Grundpflege）に45分以上を必要とする。要介護Ⅱは、様々な時間帯に最低一日3回の基礎介護を必要とし、かち週に数回の家事援助を必要とする場合で、要介護Ⅲは、24時間体制の介護で、基礎介護が4時間、全体で5時間の介護を必要とする場合である。2008年改革で、要介護度Ⅰの下に、精神障害や精神疾患を含め、認知症のように日常生活の判断能力に著しく問題があり、特別な介護が必要な場合を対象とした「要介護度0」が設けられ、介護保険の対象外であっても、「見守りや世話」（Betreuung）のための給付が受けられるようになった（小塚2014:44）。要介護度が最重度の要介護度Ⅲの上の段階に「過酷ケース」（Härtefall）がある。日独の介護認定基準は異なるか、介護時間に限定して比較すると、わが国の要介護4がドイツの要介護Ⅰに相当する（斉藤2013:17）。

公的介護保険の財政方式は賦課方式であるが、民間介護保険は積み立て方式となっている。民間介護保険の保険料は、その者の収入、保険加入時の年齢によって左右される（加入年齢による定額保険料で、年齢が高くなるほど保険料も高くなる）。ただし、この場合、公的介護保険の保険料の最高限度額を上回ってはならず、また被保険者の性別ならびに健康状態によって差を設けることはできない。なお、公的介護保険の家族被保険者の要件に該当する「配偶者」の保険料は、民間介護保険の場合、免除されないが、「子」の保険料は、公的介護保険の場合と同様に徴収されず、「子」は、保険料を収めることなく受給権者となることができる。ただし、1995年1月1日以降に民間医療保険の加入者となった者との間で締結される民間介護保険契約に対しては例外となっている。つまり保険料額を公的介護保険の最高限度額までに限定することは民間医療保険および民間介護保険に2年以上加入している者に対してのみであり、また加入者の健康状態に応じて差を設けることが認められている（SGB 第11編 第110条1,3項）。

4 2011年の年間労働報酬限度額は49,500ユーロとなっている（松本2011:91）。

表 介護給付 [月額ユーロ]

給付の種類		要介護度0	要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III	過 酷 ケース
在宅介護	現物給付 (月額) 2012年1月1日から		450	1,100	1,550	1,198
	現金給付 (月額) 2012年1月1日から		235	440	700	
在宅介護の認知症患者 などへの介護給付	現物給付 (月額)	225	215	150		
	現金給付 (月額)	120	70	85		
代替介護 (年間4週間内)	2012年1月1日から					
	親族による場合		235	440	700	
	他人による場合		1,550	1,550	1,550	
	認知症患者の介護を 親族が代替介護する 場合の追加給付	120	70	85		
ショートステイ (年間4週間内)	2012年1月1日から		1,550			
デイケア ナイトケア	2012年1月1日から		450	1,100	1,550	
認知症患者のための 追加給付	(年間)					
	2008年7月1日から	1,200あるいは2,400				
在宅介助の住居グループに おける要介護者のための 追加給付	(月額)		200			
施設介護	2012年1月1日から		1,023	1,279	1,550	1,918
障害者の入所施設介護	(月額)		ホームの料金の10% (月額上限256)			
介護用品 (消耗品)	(月額)	31				
介護補助具など		費用の100% (自己負担10%、各補助具に256までの自己負担の場合がある)				
住環境の改善のための措置		各措置当たり2,557 (適当な自己負担を考慮の上) (複数の要介護者が同居の場合、合計で10,229まで)				

出所: BMG (2013e)

介護保険の財源は、ほぼ保険料だけで賄われている。わが国のような利用者負担と公的資金の投入はない。介護保険料は被用者の場合は労使折半で納付され、自営業者等は全額自己負担である。従来の保険料率は1.95%であったが、給付改善のため、2013年1月より所得の2.05%に引き上げられた。23歳以上65歳未満の子供がいない被保険者は0.25%アップの2.3%である。介護保険料率は、ザクセン州を除き、連邦全域で一律となっている<sup>5</sup>。介護保険料率の引上げによる利用者側の負担増が企業の国内投資を妨げる恐れがあるとして、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%に引き下げられた。

介護金庫とMDKは、介護サービス事業者と介護委託契約ならびに介護報酬契約を結ぶ。この契約をしていない介護サービス事業者は、要介護者に公的介護保険の現物給付枠を利用した介護サービスを供給することはできない。ドイツの介護保険は、介護保険だけで介護費用のすべてをカバーするものではなく、「部分保険」(Teilversicherung)という考えに基づいている(増田2014: 63)。介護給付に必要な費用の全体を介護保険が負担できない場合は、わが国の生活保護にあたる社会扶助の介護扶助から給付される。介護扶助は一般の低所得者対策とは区分されており、資力調査の基準が緩和されている(Hüttenbrink2011: 220)。

## 2. リハビリテーション志向の介護

リハビリテーションと予防は介護に優先する。長い間、要介護状態にあることは避けなくてはならない。ホームドクターや専門医と訪問介護サービス、医療介護入所施設ならびに緩和ケア提供施設との協働を発展させ、ネットワークを改善する必要がある。

介護保険法の第5条第1項によれば、介護金庫は要介護状態となるのを回避するために予防から治療、リハビリテーションに至るまでのあらゆる適切な措置が給付実施機関において導入されるように努めることを義務づけられている。また、同条第2項には、「給付実施機関は要介護状態となった後も、リハビリテーションのための医療関連給付を大量に投入し、要介護状態の克服、緩和そして悪化防止に努めなければならない」とあり、第31条では「介護よりリハビリテーションの優先」(Vorrang der Rehabilitation vor Pflege)と明示されている。こうしたリハビリテーション給付は、介護保険導入前には医療保険で行われていたが、導入後も要介護状態となつてからの医学的リハビリテーションは引き続き医療保険が引き受けている。これは、ドイツの介護保険が医療保険から派生していることと関連するが、医療的部分はそのまま医療保険に留め置き、介護保険では「家事および基礎的介護に必要な」現物ないし現金給付に限定されている(同法第4条)。そこに、リハビリテーションと介護の連携が十分に機能し得ない原因の一端がある(小柳2013: 5)。

介護保険法は第1条に「要介護のリスクへの社会的な安全策を講じ」、「要介護状態の厳しさのため、連帯に基づく支援に頼る人に援助を提供する」と規定している。こうした法律上の「介護リスク連帯防御」(Solidarischen Absicherung des Pflegeriskos)構想のきっかけは、高齢者の生活状況を現実的に把握し、生活保障の欠点を指摘するというドイツ高齢者援護機構(KDA)の任務と関連している。機構設立にあたり当時の連邦大統領Lübkeは、自己決定と参加というキーワードで社会課題を述べたが、これが要介護高齢者保障を近代化するきっかけとなり、実際の作業において非常に多くの改革をもたらした。国際的に比較すると、80年代のドイツではかつてないほど多くの人が家庭で保障を受けているが、当事者は近隣諸国のような負担の軽減を求めてはいなかった。Gohdeによれば、「入所の前に訪問」(ambulant vor stationär)という原則は当時もあったが、要介護者は放置されていたし、家庭に近いサービスは拡充されないうままだった。もし拡充されていたなら、スカンジナビアとの比較でわかるように、自立性を支え、要介護状況を避けるのに役立ったことだろう。デイケアおよび短期ケア拡充のきっかけは与えられ、一步一步実現されてきたが、その結果、今日までに扶助の在宅化が進められ、持続可能な保障システムが確立したとは言えない。さらにホーム入所研究(1975年)ま

<sup>5</sup> ザクセン州は労使折半ではなく、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%となっている。

たは住居適応研究（1986年）による、ノルトライン＝ヴェストファーレン州認知症サービスセンター設立を提案する「認知症患者のための門戸開放コンセプト」（Türöffnungskonzept für Menschen mit Demenz）というのは、グループホーム構想の展開や宿泊施設における介護の将来展望についての報告であるが、それによって介護の教育と研究の質、介護の質に刺激が与えられ、実践に重要なきっかけが数多く与えられた（Gohde2013: 7）。

自分で決定し、できるだけ自立した生活を自分の家ですするという理想像に見合った、法律上の給付請求権の開発に向けた動きは、資金的に可能なぎりぎりのところで国際的な経験に関連して構想された。これらの改革には、高齢扶助に対し影響を残しているものもあれば、重要でも今日まで処理されないままのものもある。その中には、今日まで実現しなかった新たな要介護概念の導入ばかりでなく、とりわけKDAの研究が示すように、社会領域における新しい社会居住形式の発展と密接に関連し、「リハビリテーション志向の介護」（rehabilitationsorientierten Pflege）という挑戦、その結果当然な給付形式の在宅化という挑戦、ならびに市民社会の可能性を自覚させるという挑戦、そして市民社会参加の進行促進も含まれていた（Gohde2013: 8）。

2007年に成立した公的医療保険競争強化のなかに、在宅看護の強化とともに医療リハビリテーションの法定給付化も盛り込まれ、2008年の介護改革でも「介護の前のリハビリテーション」を実現すべく、予防・リハビリテーションに対する介護金庫の義務が強化された。とりわけ、特定の部位や症状に対して行われる従来型のリハビリテーションではなく、老人医学的なりハビリテーション（geriatrische Reha）によって、要介護状態を回避ないしは悪化を阻止することが期待された。しかし、診療報酬の据え置きにより、高齢者リハビリテーションセンターの閉鎖などがみられ、その実効性は乏しいようである。医療費の膨張を抑制せざるを得ないなかで、「介護に先立つリハビリテーション」という理想的な姿を実現するには、未だ克服すべき多くの課題を残している（小塚2013: 6）。

### 3. 参加と世話・介護の全体構想

介護および世話の保障と拡充は、今世紀の重要な社会課題の一つである。周知のように、若年層の人口に対して、要扶助高齢者の割合が急激に増加し、肉体的・精神的に制限のある高齢者数は増え続ける。この点については、あらゆる政策実施レベルおよび市民社会、専門家と家族の間で合意が成立している。それにもかかわらず、また、人口学的難問が強調されているのに、介護に関しては連邦、州、市町村その他企業などの責任者レベルで必要な決断や実行力があてにできない。ましてや、さまざまな改正法にもかかわらず、説得力のある抜本的な改善がみられない。今日に至るまで、①新たな要介護概念導入による根本的な変化は保留中であり、②高齢者の参加可能性は依然として非現実的な要請となっており、③人口学的難問や社会的基盤の根本的な問題を解決すること、カウンセリングや決定、社会保障に関わる構造を人々の現状に即して一本化することについては未着手であり、④介護および世話に対して、依然として全体構想が欠けているのである（Gohde2013: 10）。

KDAとフリートリヒ・エーベルト財団は、こうした実情を鑑みて、2012年に多様な職業や経験を有する専門家たちからなる共同研究チームを立ち上げ、「新たな要介護概念」の導入を求め、「現地での優れた介護。老年期の自主的な生活に対する権利から」を2013年8月出版した。研究チームの中では、もし自己決定を原則とし、リハビリテーションや予防によって国民の健康を促進するような、そういう全体構想が住み慣れた地域で実現したら、介護問題解決が原則的に成し遂げられると考え、根本的に構造変革を求めたのである。

政治には参加、世話、介護の全体構想と、すべての高齢者を対象とする健康生活保障に着手する義務がある。高齢者の自立性の維持、および高齢者の個人的尊厳と自己決定の尊重が、新しい理想像の核であり、高齢者のバリアフリーな社会領域（市街の宿泊施設であろうと田舎の地域であろうと）に対する権利、介護が必要な状況でもできる限り慣れ親しんだ故郷の環境に留まる権利が、遂行されなくてはならない。要介護者の公共生活への参加、および生活の質にかかわるあらゆるものへの出入りの自由を実現する。身体的精神的制限のある人々

に対し、同じ権利と同じ給付を介護保険においては実現しなくてはならない。こうして、研究チームは立法院に、次の任期が始まるまでに大規模な介護改革に着手し、異なる責任レベルを越え、分野を越えてあらゆる関係者と共に、共通の目標や新しい理想像、持続可能な解決策を盛り込んだ行動計画を提出するよう要請した。

#### 4. 要介護者の尊厳の尊重と介護の理想像

あらゆる要介護者は、自身の尊厳を尊重される権利がある。国連障害者権利条約（2009年）に保障されているインクルージョン請求権は、要介護高齢者にも該当する。要介護状態と介護は長寿社会に付き物であり、自己決定願望、自立性への願望、自分で選んだ環境における社会生活への参加願望と関連している。介護は人生の一側面であり、そこでは私たちの社会の連帯とヒューマニティーが、要扶助者（高齢者も若年者も健康な者も病人も障害のある者もない者も含めて）への対応の仕方に現れる。

寿命が延び人口における高齢者の割合が増加しているということは、すなわち、増え続ける要扶助者数の面倒を、私たちが社会全体としてみることになる。人口推移から、一方では要介護者の増加、他方では就業人口の減少に伴い、家庭資金の減少が予想される。今となっては、女性・家族が介護を担うことを当然の前提にはできない。認知的・心理的障害、とりわけ老人性認知症は、身体的障害と並んで要介護状態の特徴をなす。複合疾患罹患者の増加につれて要介護者数も増加し、日常生活関連・健康関連・介護関連の扶助が一体となって協力・連携することが必要となる。

人生は「全介護」に始まり、「全介護」で終わる。その意味で、介護は全人類の問題である。高齢者層への必要な扶助が、所得や資産の状況に左右されることがあってはならない。たとえ経済的には不都合な状況であったとしても、扶助給付は保障されねばならない。

社会は、生活文化および社会構造の根本的な変遷の影響を受けている。今日の社会保障アレンジメントは、変わっていく人々の考え方や需要と今でも一致しないし、これからますますずれていくだろう。より多くより大きなホームという考え方には、与することはできない。人間の尊厳を老年期まで保障するためには、専門家により提供されるサービスの拡充、生きてきた身近な社会領域での連帯、目的に沿ったサービスの拡充が望まれる。その意味で、地方自治体の役割を再び発見する必要がある。

社会はさまざまに多様化する。ドイツにあっては、今後、移民を背景とする要介護者数が増加するだろう。専門的基準、教育および社会は、文化背景を考慮して対応しなくてはならない。要扶助度が進み、自立的な生活が次第に制限されていく場合、援護とすぐれた介護を次第に頼りにするようになる。介護政策は、介護保険政策を超えねばならない。政策は予防、リハビリテーション、参加、最適な医学的処置、ならびに老人ホーム維持のためのサービス需要を、要介護状態になる前に対処しなくてはならない。社会保障法の費用優先という考えから抜け出して、この領域の経済的可能性を共に考えなくてはならない。さまざまな決定機関や給付実施者間の調整の欠如、その結果として起こる社会保障支給の過不足、そして個々のケースに起こる、扶助支給拒否と紙一重の給付支給の遅れ、これらはもはや許容できるものではない。

人口バランス、健康、社会、人材、経済の各面における難しい問題のために、介護の新しい理想像が必要になっている。従前から可能なはずの自立性の維持、個人的尊厳の尊重、自己決定、これらが介護の理想像であり、あらゆるレベルの責任と管轄領域を越えて遂行されなければならない。

介護はさまざまな生活状況を考慮し、要介護者の自立性に影響を及ぼす心理認知的および身体的障害に、等しい価値を置くことを前提にしなければならない。適切な保障形式のインクルージョン扶助や家庭状況に即したサービス、複合疾患を抱える重度要介護者の健康扶助を含めた地域社会生活への参加扶助、認知症扶助、その他精神的障害者のための扶助が優先される。したがって、介護の新しい理想像は、信頼における連帯性と補完関係における自己決定の意見表明、ならびに高齢者社会保険システムまたは新しい助け合い文化による高齢者の直接的な生活環境における安全への意見表明を可能にすることである。

現場で介護を見直すべきであり、そのためには地方自治体や地域の力を強化すべきである。居住地に近く、

個人志向・参加志向の社会保障は、地域の提携がなければ組織できない。介護の将来は、市街地の宿泊施設と田舎の地域社会如何にある。目標は、信頼できる社会ネットワークの援助を受けながら、家庭的な環境にできるだけ長く留まることである。

Gohdeによれば、新しい理想像は将来、男性も女性も家庭での、ボランティアの、職業としての介護に関わることとも関係し、男性も女性も就業しながら同時に援助を必要とする家族の面倒を見、介護の仕事をこなすことが前提になっていくとしている (Gohde2013: 10)。そのためには家族および要介護者に対する配慮や、介護とカウンセリングに対する地域のアレンジ、融通の利く新しいサービス形式、あらゆる世代のためのバリアフリー住宅およびバリアフリー住環境の拡充、連携が取れ、質保証された医療介護援護、個人に合わせた技術的扶助等々の進展が前提になる。さらにネットワークの中心となるような新しい任務を帯び、訪問介護ではカバーしきれない状況を補完できる入所施設の拡充も必要である。

医療介護領域、世話の領域、ソーシャルワーク領域、日常生活構成領域、家事領域とさまざまな管轄範囲において、質の良い保障と家族の援護、または負担軽減を図るには、市民社会と協働できる卓越した専門家が必要になる。作業がプライベートであれ、ボランティアであれ、職業としてであれ、介護作業全般に対して、より高い価値を認める必要がある。そこには男女ともに対象とした介護と就業のバランスに関する規定、ボランティアの社会参加促進に向けたイニシアチブ、専門家の仕事に対する評価向上が含まれる。介護領域は重荷として捉えるよりも、むしろ経済的に大きな可能性を秘めた雇用セクターとして捉えるべきである。これまた介護に先立つ埋め合わせが必要である。

## 5. 介護の実践的課題

社会法典第11編の展開は、「生産思考」と商業化を介護にもたらし、その結果、あわただしい分刻みの介護、人間関係に対する配慮の欠如、人員の負担増といった悪影響があらわになった。競争とスライドされないうまの給付額により、合理化の圧力がかけられ、介護を合理化する余地を見つけ出すよう促がされている。これでは介護の持つ価値ある人間関係志向は軽視される。介護の質には介護に向けられた時間も含まれているが、それは商品生産労働とは別の論理が働くという事実があるからであり、このことがあまり評価されていない。分刻みの介護は、増えつつある心理・認知障害者の日常生活能力や社会的需要にはまったくそぐわない。改正介護法は、要介護者とその家族に増額された資金援護給付をもたらしたが、それも接近方法の変化の代わりにはならなかった。

地方自治体の「職責解除および自己職責解除」(Entpflichtung und Selbstpflichtung)は発展の方向としては誤りであった。ケアは社会的一体性の中心的要素であり、したがって、社会の備えの中心的要素であるのであり、管轄と責任はこのことをふまえてはならないはずであり、受給権にこのことを反映しなくてはならない。介助や介護の提供を計画する際に、明確な目的を持った市民資源の活用も、市民社会参加の機会もない。この重要な課題領域に対しては、法的に定められた責任がなくてはならない。社会福祉関係と新しい備え方の結びついたケア志向は、このような事情で不可能だった。そのためには、介護の管轄にあるリハビリテーションと予防により、現存資源を活用することが、隣人ネットワークを尊重し生かすことと同じく重要である。

昨今のケア(世話)労働は、プライベートなものであるか否かを問わず、介護に従事する者の負担や疾患、心理的健康状態については、あまり論じられていない。介護の労働能力は、十分に評価されていない。こうした傾向はドイツだけの問題ではなく、わが国においても同様である。そもそも、家事労働から社会分業化した労働、とくに介護の仕事は、従来の肉体労働や頭脳労働とは異なり、自分の感情管理によって他者の感情に働きかける「感情労働」である(吉田2014: 44)。それ故に、他者とのかかわりの中で、ストレスを感じて、それを溜めて、やがては燃え尽きてしまい、離職に至ることもある。しかも、介護の仕事は、保育士や看護師とは異なり、ケアに終期が見えない。Gohdeが指摘するように、「介護を行う者(とくに女性)が後に貧しくなったり」(Gohde2013: 12)、人々を幸せにする職業に関わっているが、自らの幸せを体験できないという矛盾があ



る。

ドイツでは、1995年の介護保険導入後、地方自治体の「職責解除および自己職責解除」の進行により、不足している環境基盤、とりわけ自分で決定する老年期の住まいと生活は不十分のままであり、その舵取りを誤ったためにそれらは悪化している（Gohde2013: 13）。要介護者の要望と需要は、このような状況に直面し、当事者が選択し決定する際の優先順位が提供側のコントロールに制限され、場合によっては左右される可能性もある。

## 6. 改革に盛り込むべきポイント

世界に先駆けてドイツで介護保険が制定されてから約20年になる。この間、国・非営利団体・教会・民間の介護提供者が競合してサービス展開し、その結果、要介護者にとってめざましい進歩をもたらした。しかし、欠点も明確になり、抜本的な改革が求められている。ここではGohdeの指摘するドイツ介護保険改革において盛り込むべきポイントを要約しておこう。

1. 「時間」ではなく自立の程度、つまり介護の「必要度」で判断される要介護の新しい概念は、すみやかに導入されなくてはならない。全体構想の実現を可能にし、適切な新しい給付の具体化範囲を生み出す道は、要介護の新概念と新しい評価システムで説明できる。分刻みのような無理強いはなくなる。給付や社会保障構造におけるリハビリテーションおよび予防の新しい変更、介護の中心となるプロセスに対し新概念が与えるチャンスは、利用されなくてはならない。
2. 介護保険の一部給付システムは、財政的に強化されなくてはならない。給付はスライドを実施して、空洞化から守らなくてはならない。
3. 介護の新概念は各領域を越えて、社会法典第1編に割り当てなければならない。介護金庫がリハビリテーション給付実施者になり、金庫が支給する介護給付を対象とする。給付や基盤に対する責任者の拘束力を持った協力については、法的に定める。重なる部分の改正や費用分配の変更は、今後タブーであってはならない。地方レベルの拘束的な協力の調整は、地方自治体や州の任務である。
4. 介護の社会領域志向が必要であり、それに伴い地方自治体も基盤構造をコントロールするような、より影響力を持った役割を受け持つよう求められる。その結果、考え方を改め、資金的にも十分に備える必要が出てくる。新しい居住形式が十分に助成されなくてはならない。新しい投資プログラム「介護と住まい」(Pflege und Wohnen)が必要である。
5. 「入院の前に訪問」という原則は、徹底して実行されなくてはならない。介護の未来は宿泊施設にある。既存の入所施設および訪問施設は、提供されるサービスをネットワーク化すればその過程でチャンスが生じる。領域の重なりを避け、責任を分担し、補助モデル枠において隣人や友人を関与させ、フォーマルケアとインフォーマルケアの「扶助ミックス」(Hilfemix)を構成することが当然にならなくてはならない。
6. 家庭の実情に即した支払い可能なサービスの拡充は、自立性の援護と維持、ひいては要介護状態になるのを遅らせるためにも不可欠である。
7. カウンセリングの提供は広域をカバーし、しかも住居地に近く、拘束力を持って共同して拡張されなくてはならない。社会法典第11編第7条a(介護カウンセリング)、社会法典第11編第92条c(介護拠点)、および社会法典第11編第23条(共同サービスセンター)に基づく既存のカウンセリング体制は、新体制の柱である。
8. 介護と職業の両立は強力に援護し、労働法上も拡張されなければならない。中期的には経済全体にも得るところが大きい。
9. 人材をめぐる議論においても、パラダイムシフトが必要である。参加志向の新しいコンセプトを創設する必要がある。それには、格段に改良された介護士養成教育、新しい労働時間モデルや人事戦略、施設や業務における人員の増加などを実現し、介護や補助がやっかいな職業分野にならなくてはならない。仕事に見合った賃金

を受け、男女平等に格付けされなくてはならない。

## おわりに

高齢者保護に関する山積する問題を解決するために、ドイツ政府は何度か介護保険制度の改革を試みている。その改革のきっかけになったのは、増え続ける認知症の老人介護を介護保険制度がうまく認定できず、十分な介護サービスを提供できていないのではないかと、という疑問が現場で広まったことにある。2008年には、在宅介護を中心とする給付上限の引き上げ、ケースマネジメントの導入、保険料の引き上げ等を内容とする介護発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz）が制定され、2012年には従来から課題とされていた認知症患者に対する給付充実のための改正も行われた。すなわち、2012年3月、介護保険の新たな調整のための法律「介護保険新展開法、PNG）の法案を閣議決定し、同法案は同年6月に可決され、2013年に施行された。これらの改革は、「社会全体による連帯が必要」というコンセンサスの下で、要介護状態への備えは政治的バランスの問題として捉えられている。いうならば、介護保険の社会連帯給付は、要保護状態への個人的な備えと組み合わせることで、確かな介護を確保しようとしているのである。わが国の地域包括ケアシステムやケアマネジメントはドイツより先行しているが、Gohdeが指摘する改革ポイント、とくにリハビリテーション志向の介護やまだ調整の域にあるが、介護を「要介護度」で判断する「要介護の新しい概念」などは、わが国が介護保険を見直すうえで参考となり、多くの示唆を含んでいるといえよう。

## 文献

- 小柳治宣（2013）「ドイツにおける高齢者対策の現状と課題」『健保連海外医療保障』No.100, 1-7頁。  
 小柳（2014）「ドイツ介護保険の現状と課題」『週刊社会保障』No.2792, 44-49頁。  
 斉藤香里（2013）「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No.184, 国立社会保障・人口問題研究所。  
 土田武史（2012）「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』No.94, 健康保険組合連合会社会保障研究グループ, 1-8頁。  
 増田雅暢（2014）『世界の介護保障』法律文化社。  
 松本勝明（2011）『ドイツ社会保障論Ⅲ』信山社。  
 吉田輝美（2014）『感情労働としての介護労働』旬報社。  
 BMG. (2013e). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.  
 Gohde, J. (2013) Reformbedarf der Pflegeversicherung, G+S (保険・福祉政策).  
 Hüttenbrink, J. (2011): Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II. Hilfe zum Lebensunterhalt (Hartz IV), Grundsicherung, sonstige Ansprüche (z.B. Hilfe zur Pflege), Verfahren. Verwandtenregress, C. H. Beck.  
 Nerlich, J. (2007) Die Pflegeversicherung: Entstehung-Pflegestufen-Versorgungsformen, Grin.

# Nursing Care Insurance of Germany and Subject of Care Reform

Yoichi TABATA

**Abstract:** The rapid increase in persons requiring care is seen with progress of aging like our country even in Germany. It is a big policy concern how the good nursing care services should be provided to the increasing people who require. Therefore, in Germany, the reform which asks for the quality enhancement of care has been. However, there are also many remaining subjects in spite of these reforms. So, in this paper, after surveying the nursing care insurance of Germany, I clarify, with the report of Gohde, the main points which should be considered by the further reform.

**Keyword:** German Care Insurance, Level of Care Needed, Rehabilitation, Ideal Image of Care