

# ドイツにおける家族介護の社会的評価

The social evaluation of family care in Germany

宮本恭子

Kyoko Miyamoto

## 要旨

日本の介護保険法制定に大きな影響を与えた、ドイツにおける家族介護の社会的評価について検討することで、日本における社会保険として制度化された介護保険において、家族による介護への給付（社会的評価）はどのように根拠づけられるかについて考察することが、本稿の目的である。ドイツでは、家族介護を介護保険の中心に捉えて、それを支援するものとして社会的サービスを捉えている。また、家族や友人、ボランティア等の介護労働を有償労働及び社会保障と結びつけることによって、社会的に評価しようとするものであることが明らかになった。日本においても、家族による介護を社会的に評価することにより、要介護者本人にとってできるだけサービスの選択の幅を拡げ、家族の介護の意欲を損ないにくくすることは、在宅重視という介護保険の理念を達成し、ひいては、制度の持続可能性に貢献できることが期待される。

キーワード：ドイツ、家族介護、社会的評価

## はじめに

1995年、世界に先駆けてドイツで公的介護保険制度が施行された。ドイツ

の介護保険制度は、その制度創設以来、日本の介護保険法制定に大きな影響を与え、その分析や紹介も多くなされてきている。本稿では、ドイツにおける家族介護の社会的評価について検討することが目的である。

少子高齢・人口減少社会は、さまざまな問題を投げかけるが、その最大の課題のひとつに、高齢介護の問題への対応がある。わが国は、それに対して2000年4月に公的介護保険制度を導入し、高齢者の自立支援や社会全体で介護を担うという理念を掲げた。

日本の介護保険は、制度実施以来、保険給付費が15年間で3倍程度に急増し、その結果、高齢者の介護保険料も2倍に増大するなど、財政問題が課題となっている。また、今後10年間の急速な高齢化を受けて介護需要の増大への対応も迫られている。介護支出が増大する中で、介護保険給付の見直しが進んでいるが、社会保険としての介護保険がどこまで対応するのかという基本的な問いかけが十分になされないまま、介護保険制度が始まり、制度改正が進められているように見受けられる。特に、伝統的に重要な役割を担ってきた家族による介護を、制度上どのように位置づける必要があるかについて十分な検討がなされていない。

これまでに、ドイツの介護保険制度の分析や紹介は多くなされてきている。このため、その制度の概要や運用は最小限度の特徴の描写にとどめ、本稿では、介護保険における家族による介護の制度運営と現状の分析を中心に記述する。それを踏まえ、日本における社会保険として制度化された介護保険において、家族による介護への給付（社会的評価）はどのように根拠づけられるかについて、検討することとする。

## I. 介護保険における家族介護の評価

### 1. 介護保険制度と家族介護

ドイツにおける介護保険は1994年に成立し、1995年4月から在宅介護給付が、1996年7月から施設介護給付が実施されている。ドイツの介護保険は、在

宅優先であることが明確な方針であり、在宅サービスについては、現物給付と現金給付（介護手当）が用意されている。要介護者は現物給付、現金給付または現物給付と現金給付の併用のいずれかを選択できる。また、日本の制度と違い介護サービス事業者だけでなく家族介護者も介護サービスの提供者と位置づけている。

介護保険の受給者は、高齢者だけでなく、子供、障害者も介護を必要とする人すべてが対象となる。ドイツの介護保険の被保険者と給付受給権者には、年齢に関する規定はない。日本の介護保険の受給者は高齢者が主であり、介護者も中高年者となる場合が多いのに対し、ドイツでは、0歳からの乳幼児も介護保険の受給者であり、若い親も家族介護者になる。このように、家族介護のあり方にも関連する家族介護者の対象範囲が日本とドイツでは大きく異なる。

## 2. 家族介護者への対応の経緯

ドイツの介護保険は制度創設当初から、事業者よりも家族による介護、施設よりも在宅での介護が優先されることが法で定められている（社会法典11編3条）<sup>1)</sup>。家族介護を現金給付によって積極的に促進している。家族介護を、ドイツの場合は中心に捉えたわけである。中心に捉えて、それを支援するものとして社会的サービスを捉えているため、「家族介護をどう評価するか」という議論が、非常に活発にされた。

家族介護者への対応については、1989年の医療構造改革法で疾病保険の給付として導入されたことが始まりである。重度の要介護状態にあると認められた被保険者は、現物給付（月額750マルク相当）か現金給付（月額400マルク）かを選択（併給不可能）できることとされ、1991年4月から実施に移された<sup>2)</sup>。実施時の給付体系は、表1に示すように、現金給付の給付額は現物給付のその約2分の1から3分の1になっている<sup>3)</sup>。この現金給付と現物給付の給付額の違いは介護保険にも引き継がれ、現金給付の給付額は現物給付のその約2分の1から3分の1になっている。

このように、疾病保険の給付として導入された現金給付が介護保険にも引き

継がれた背景には、東西ドイツ再統一の法的基盤をめぐる交渉の過程で、家族・女性政策を東独が非常に重視したことが大きく影響している。こうして、介護保険によって高齢化の進行するドイツ社会の中心的問題に手が着いたのである。

表1 現物給付と現金給付

要介護の程度	現物給付（ホームヘルプ）	現金給付（介護手当）
相当の介護を必要とする者 （1日に1回の援助が必要）	月額750 マルクまで	月額400 マルク
重度の介護を必要とする者 （1日に1回の援助が必要）	月額1,800 マルクまで	月額800 マルク
最重度の介護を必要とする者 （終日の援助が必要）	月額2,800 マルクまで	月額1,300 マルク
特別に過酷なケース	月額3,750 マルクまで	月額1,300 マルク

注：1 マルク：約50円（1991年4月1日現在）。

出所：厚生省高齢者介護対策本部事務局「新たな高齢者介護システムの確立について」1995年、p.50 より作成。

### 3. 介護保険における家族介護の位置づけ

ドイツでは、介護保険法施行後はじめの改革が2008年に行われた。その介護改革は、「介護継続発展法」（Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung：Pflege-Weiterentwicklungsgesetz）によるもので、同改革に認知症患者とその家族への支援強化が盛り込まれた。認知症患者の増加に伴い、認知症患者への対応が課題となる中、2008年の介護保険改革では、認知症患者とその家族に対する本格的な給付改善が行われた。給付上限額の引き上げは在宅サービスを中心に行われ、家族介護に対する給付上限の引き上げが行われた。その背景には、増え続ける認知症高齢者の対応への限界という現実がある。

認知症については、入浴・排泄・食事など従来の介護保険給付から抜け落ちていた「見守りや世話」（Betreuung）が必要であることが指摘されてきたが<sup>4)</sup>、介護保険改革ではそうした「見守りや世話」への給付が大幅に改善された。ドイツの介護保険法は、介護度を3段階に区分している。これ以外に、認知症で要介護と認定されなかった人は、「要介護度0」として追加給付が認められることになった。また、要介護度がⅠからⅡまでの人が認知症と認定された場合

にも、追加給付が行われることになった<sup>5)</sup>。

2012年3月には、認知症高齢者に対する在宅介護の重視をめざす「介護保険新展開法」(Pflege-Neuaustrichtungs-Gesetz.PNG)と名づけられた法案がドイツ連邦議会でも可決され、2013年1月1日から施行された<sup>6)</sup>。具体的には、介護の給付や時間等に関して要介護者自身が主体的に選択していくことを重視することや、家族介護への支援策の強化が打ち出された。2008年の介護保険改革では、要介護度0や要介護度Ⅰ～Ⅱの認知症の人に対して給付が上乘せされるようになったが、2013年1月以降、さらにそれが増額されることになった<sup>7)</sup>。こうして、比較的に身体面は健康であっても、「日常生活に支障がある」認知症高齢者とその家族介護を支援するために、ケアと財政支援の策が打ち出されたのである。さらに、認知症患者とその家族に対する給付額は、2015年以降にも引き上げが行われた。

#### 4. 家族介護と介護保険による給付

介護保険の給付内容は、施設入所サービスと在宅サービスに大別される。在宅サービスの給付内容はデイケア、ショートステイなどであり、給付内容は日本の介護保険と似通っている。ただし、大きく異なる点として、被保険者が家族の介護と外部サービスと、どちらでも選択できる道を開いていることがあげられる。

##### ① 在宅介護における現金給付(介護手当)

要介護状態にあると認められた被保険者は、現物給付、現金給付又は双方の組み合わせ給付を選択することができる。現金給付については、保険給付の対象、つまり、現金が支払われるのは被保険者本人に対してである。現金の用途は要介護者に任されていて、家族介護者の労働報酬にあてることが可能である。介護者には、同居の家族だけでなく別居子や親族、友人等を選ぶことも可能である。現金給付の上限額は、表2に示すように、要介護度に応じて設定されている。月額で、要介護と認定されなかった、いわゆる要介護度0についても

表2 公的介護保険の介護給付（2015年）

（単位：ユーロ）

	要介護度0	要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III	再重度
在宅介護（月額）					
現物給付 （認知症の場合）	231	468 (689)	1144 (1298)	1612	1995
介護手当 （認知症の場合）	123	244 (316)	458 (545)	728	
代替介護 （年間6週間以内の介護経費）					
親族による場合 （認知症の場合）	(184.50)	366 (474)	687 (817.50)	1092 (1092)	—
他人による場合	1612	1612	1612	1612	—
ショートステイ （年間4週間以内）	1612	1612	1612	1612	—
デイケア・ナイトケア （認知症の場合）	(231)	468 (689)	1144 (1298)	1612 (1612)	—
追加的世話給付（年間） （認知症の場合）	1248 (2496)	1248 (2497)	1248 (2498)	1248 (2499)	—
入所施設介護 （認知症の場合）	—	1064	1330	1612 (1995)	—
介護用品（消耗品） （月額）	40	40	40	40	—
介護期間の家族介護者に対する 年金保険料の支払い（月額） （旧東ドイツ地域）	—	141.37 (120.43)	282.74 (240.86)	424.12 (361.28)	—
介護期間の家族介護者に対する 失業保険の支払い（月額） （旧東ドイツ地域）	—	8.51 (7.25)	8.51 (7.25)	8.51 (7.25)	—
介護期間の家族介護者に対する疾病 ならびに介護保険料に対する補助金 （月額）					
疾病保険	—	137.97	137.97	137.97	—
介護保険	—	22.21	22.21	22.21	—

注：年金保険料の支払われる家族介護者とは、最低14時間以上介護をしており、週30時間を超える仕事をしておらず、高齢者に対する介護年金を受給していない場合である。

出所：Bun de sministerium für gesun dh eit, Pflegeversicherung im Überblick より作成。

123ユーロが給付される。要介護度Ⅰについては244ユーロで、認知症の場合は316ユーロである。要介護度Ⅱについては458ユーロで、認知症の場合は545ユーロである。要介護度Ⅲのケースについては728ユーロとなっている。

なお、現金給付の支給は、当該介護者にとって必要な介護が適切な方法により確保されることが要件とされる。この要件が満たされるかどうかは、要介護認定を行うMDK（Medizinischer Dienst Krankenversicherung：医療メディカルサービス）が介護手当ての支給申請を審査するとともに、MDKが介護手当てを給付しても介護が行われていないと判断した場合には、介護手当ての給付停止や現物給付への移行を保険者（介護金庫）に勧告し、保険者はその対応が必要になる<sup>8)</sup>。また、MDKの職員が定期的に介護手当の受給者宅を巡回する。目的は、家族介護者へのフォローであるが、巡回訪問が不正受給の抑止にもなっていると捉えることができる。

このような用途を限定しにくい現金給付を利用して、在宅で介護する家族が、住み込みの外国人家政婦を雇うことも浸透している<sup>9)</sup>。ほとんどの家政婦は人件費の安い東欧からの出稼ぎで、多くの場合非合法労働である<sup>9)</sup>。24時間の介護が必要な場合、介護費が膨らむ。人件費の安い外国人家政婦に対するニーズは高い。こうして、現金給付は家族等以外の安価な労働力確保に使われているとの報告もある<sup>9)</sup>。

## ② 在宅介護における現物給付

在宅サービスの現物給付は、月額で、要介護度0については231ユーロの給付となっている。要介護度Ⅰについては468ユーロで、認知症の場合は689ユーロが給付される。要介護度Ⅱについては1,144ユーロで、認知症と認められたケースについては1,298ユーロである。要介護度Ⅲについては1,612ユーロである。さらに要介護度が最重度のケースは、1,995ユーロが給付される。このように、現物給付は現金給付に比べて給付上限額が高く設定されている。

### ③ 代替介護

代替介護は、家族介護者が病気などでの理由で介護ができなくなった場合、代役を頼む介護者の介護費用を払う制度である。代替介護の期間は、1年で4週間を限度とする。家族・親族による場合と、他人による場合では給付額が異なる。他人による場合は、家族・親族による場合に比べて、給付上限額が高く設定されている。他人による場合については、要介護度にかかわらず給付額は1,612ユーロである。これは、ショートステイの給付上限額と同額であり、家族介護者がショートステイを利用しやすい給付額となっている。なお、注目したいのは、「家族等が自分を取り戻すための休暇」も代替介護を受けられる場合として法律に明記されている点である。介護は長引くケースが多いため、休暇をとることでリフレッシュしながら介護を続けることができるようにとの、家族介護者に対する配慮といえよう。

### ④ ショートステイ、デイケア・ナイトケア

ショートステイについては、先に述べたように、他人による場合の代替介護と同額の1,612ユーロが要介護度に関係なく給付される。通所介護のデイケアならびにナイトケアは、月額で、「要介護0」で認知症と認められた場合は、231ユーロの給付となる。要介護度Ⅰでは468ユーロ、認知症の場合は689ユーロである。要介護度Ⅱのケースでは、1,144ユーロで、認知症の場合は1,298ユーロである。要介護度Ⅲのケースでは、1,612ユーロとなる。

### ⑤ 追加的世話給付

さらにドイツでは、認知症高齢者や知的障害者など判断能力が不十分で“さらなる世話”が必要な場合に、「追加的世話給付」が給付される。“さらなる世話”とは、判断能力が不十分な人に対する日常生活上の世話のことである。この「追加的世話給付」を使って成年後見制度等を利用することも可能である。これは、要介護度に関係なく、年額で1,248ユーロもしくは2,496ユーロが給付される。要介護度0についても、判断能力が不十分な場合には給付される。



## ⑥ 入所施設介護

入所施設介護については、月額給付上限額は、要介護度Ⅰの場合1,064ユーロ、要介護度Ⅱのケースでは1,330ユーロ、要介護度Ⅲのケースでは1,612ユーロで、要介護度Ⅲの認知症患者については、1,995ユーロとなっている。これは、在宅介護サービスのショートステイ（要介護度に関係なく1,612ユーロ）、代替介護の他人による場合、現物給付の要介護度Ⅲのケースと同額である。日本の介護保険では、入所施設介護が在宅介護サービスの給付額を大きく上回っているが、ドイツでは在宅給付と施設給付に大差ないことが日本と大きく異なる点である。

## 5. 有償労働としての家族介護への社会保障

家族介護をどう評価するかという議論は現金給付だけの問題ではなく、家族やボランティアのように、無償で介護をしている人たちの介護労働の社会的評価をどうするかということでもある。ドイツではこれを社会保障法上、年金保険、失業保険、労災保険の所で評価している。これは、家族の変容という社会構造の変化の中で、私的な介護労働もまた社会的労働と位置づけ直し、要介護者の願望に応えることになる家族介護を含めた在宅介護サービスの構築を目指すものである。

ここで家族介護者とは、介護保険で要介護者と認められた人を所得目的ではなく、週14時間以上在宅で介護している人のことである。家族介護者には、労災保険と年金保険ならびに失業保険そして疾病保険と介護保険が適用される。週14時間以上介護している介護者が、週30時間以上仕事をしておらず、高齢者に対する介護年金を受給していない場合、介護している期間は、年金保険に加入しているとみなされ、年金保険料が介護金庫から支払われる。ドイツの介護保険制度は、在宅介護の介護者への年金保険の適用に際し、要介護度と介護時間別に、一般労働者の労働価値に対する介護者の労働価値の相当分を規定している<sup>10)</sup>。介護保険では標準収入額の26～80%の収入があったとみなして保険料を算出する。保険料の支払いは、要介護度や、旧西ドイツか旧東ド

イツかで異なるが、表2のように、月141.37ユーロ～424.12ユーロが保険料分となる。

また、介護者は失業保険にも加入し、保険料は介護金庫が支払う。これも、旧西ドイツか旧東ドイツかで異なるが、要介護度での違いはなく一律8.51ユーロが保険料となる（表2）。さらに、家族介護者の介護期間には、疾病保険料ならびに介護保険料に対する補助金の給付もある。疾病保険の補助金は、月137.97ユーロで、介護保険の補助金は、22.21ユーロを介護金庫が支払う（表2）。これ以外に、介護者は、労災保険にも加入となる。労災保険には、就労関係は介護に規定された家事労働は含まれない。介護者のための労災保険の保険料は、市町村が独自財源から負担する<sup>11)</sup>。

このように、家族の介護労働を社会的にどのように位置づければ家族介護を社会的に評価し得るかという問題について、ドイツの介護保険は、家族介護を中心に据えて、それを支援するものとして社会的サービスを捉えている。また、家族やボランティア等の介護労働を有償労働及び社会保障と結びつけることによって、家族介護を社会的に評価しようとするものである<sup>12)</sup>。

## Ⅱ. 家族介護と介護保険の給付状況

### 1. 介護保険給付の受給者の状況

表3には、要介護度別の受給者数の推移を示している。これを見ると、在宅介護、施設介護ともに受給者数は増加している。在宅介護の受給者は1996年から2012年にかけて50万5000人の増加である。施設介護の受給者は1996年から2012年にかけて34万5000人の増加と、在宅介護の受給者数の増加が顕著である。

要介護度別に受給者数の推移をみると、在宅介護では、要介護度Ⅰが1996年から2012年にかけて53万5000人の増加であり、要介護度Ⅱは24万人の減少、要介護度Ⅲは5万人の減少であり、軽度の要介護者を中心に在宅介護の受給者が増えている。施設介護では、要介護度Ⅰが1996年から2012年にかけて

20万1000人の増加であり、要介護度Ⅱは11万1000人の増加、要介護度Ⅲは3万3000人の増加と、すべての介護度で要介護者数は増えている。ただし、要介護度Ⅲの比率は在宅、施設ともに減少しており、要介護者の高齢化に伴う重度化が懸念されるが、実際のデータ化からは、重度化が浸透しているとは見受けられない。

表3 要介護度別受給者数の推移

(単位：千人、%)

	在宅介護				施設介護			
	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	計
1996年	508 (43.8)	507 (43.7)	146 (12.6)	1,162 (100.0)	112 (29.1)	163 (42.3)	110 (28.6)	385 (100.0)
2004年	746 (57.5)	427 (32.9)	124 (9.6)	1,297 (100.0)	245 (39.0)	259 (42.2)	125 (19.9)	629 (100.0)
2012年	1,043 (62.6)	483 (29.0)	141 (8.5)	1,667 (100.0)	313 (43.0)	274 (37.5)	143 (19.5)	730 (100.0)

出所：BKGS, Bericht Über die Entwicklung der Pflegeversicherung Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

## 2. 介護保険給付の種類別の受給者の状況

表4には、介護保険給付の種類別の受給者数を示している。「現金給付（介護手当）」を選択する人は、1995年に全体の介護給付受給者の83.0%、1996年には60.4%であったが、年々その割合を下げ、2013年には44.3%に下がっている。ただし、「現物給付」を選択する人も、1995年に全体の介護受給者の7.7%、1996年には6.8%で、その後割合を上げるが、2012年には5.3%、2013年には5.1%に下がっている。その一方で、「現金給付と現物給付の組合せ」を選択する人は、1995年に全体の介護給付受給者の7.7%、1996年には8.7%であり、その後年々割合を上げ、2013年には15.6%に増加した。

現金給付者の占める割合は、制度スタート直後（1995年）には約8割、今日でも約4割以上を占める。現物給付と現金給付との併給を選択する割合は増加傾向にある。スタート時点では現金給付を選択する人が多かったが、その後は、現物給付も含めて現物給付と現金給付との併給が増加している。現物給付と現金給付の両方の道を開くことは、要介護者や家族等が必要な介護の程度や家族の置かれた状況等に応じて柔軟に現物給付と現金給付をうまく組み合わせるサービスを選択することを可能にしている。このように、現金給付の問題は、

要介護者が家族の介護と外部サービスと、どちらでも選択できるようにするかという問題として、出てきた問題であると捉えることができる。

表4 介護保険における介護給付種類別受給者数の推移

年	現金給付	現物給付	現金給付と 現物給付の 組み合わせ	代替介護	デイケア・ ナイトケア	ショート ステイ	入所施設 介護	障害者の 施設介護	合計
1995	887,697 (83.0)	82,763 (7.7)	82,330 (7.7)	10,464 (1.0)	1,777 (0.2)	3,652 (0.3)	-	-	1,068,682 (100.0)
1996	943,877 (60.4)	105,879 (6.8)	135,305 (8.7)	6,804 (0.4)	3,639 (0.2)	5,731 (0.4)	355,142 (22.7)	5,711 (0.4)	1,562,087 (100.0)
1997	970,775 (56.3)	119,167 (6.9)	157,390 (9.1)	3,712 (0.2)	5,058 (0.3)	5,627 (0.3)	424,853 (24.6)	38,417 (2.2)	1,725,000 (100.0)
1998	962,669 (53.6)	133,895 (7.5)	171,764 (9.6)	4,070 (0.2)	6,774 (0.4)	6,199 (0.3)	452,750 (25.2)	56,543 (3.2)	1,794,664 (100.0)
1999	982,877 (52.0)	152,648 (8.1)	192,556 (10.2)	5,716 (0.3)	8,673 (0.5)	7,146 (0.4)	485,014 (25.7)	53,875 (2.9)	1,888,505 (100.0)
2000	954,684 (50.7)	159,693 (8.5)	193,018 (10.3)	6,313 (0.3)	10,287 (0.5)	7,696 (0.4)	494,793 (26.3)	55,641 (3.0)	1,882,125 (100.0)
2001	962,130 (50.0)	161,653 (8.4)	201,667 (10.5)	7,495 (0.4)	12,177 (0.6)	8,108 (0.4)	513,377 (26.7)	58,446 (3.0)	1,925,053 (100.0)
2002	977,327 (49.6)	165,679 (8.4)	205,322 (10.4)	8,841 (0.4)	13,148 (0.7)	8,615 (0.4)	532,278 (27.0)	60,428 (3.1)	1,971,638 (100.0)
2003	968,289 (49.0)	169,580 (8.6)	202,710 (10.3)	10,362 (0.5)	13,864 (0.7)	9,317 (0.5)	540,070 (27.3)	63,104 (3.2)	1,977,296 (100.0)
2004	959,580 (48.4)	169,357 (8.5)	203,544 (10.3)	12,145 (0.6)	15,045 (0.8)	9,989 (0.5)	548,647 (27.7)	65,052 (3.3)	1,983,358 (100.0)
2005	959,546 (47.9)	173,251 (8.5)	204,348 (10.2)	14,263 (0.7)	16,024 (0.8)	11,140 (0.6)	559,784 (27.9)	66,389 (3.3)	2,004,744 (100.0)
2006	977,034 (47.4)	180,944 (8.8)	208,825 (10.1)	18,714 (0.9)	16,767 (0.8)	13,096 (0.6)	575,846 (28.4)	68,987 (3.3)	2,060,214 (100.0)
2007	986,294 (46.9)	184,280 (8.8)	217,724 (10.4)	22,834 (1.1)	17,027 (0.8)	13,613 (0.6)	588,827 (28.0)	71,517 (3.4)	2,102,116 (100.0)
2008	1,009,122 (46.4)	182,191 (8.4)	244,425 (11.2)	30,120 (1.4)	20,166 (0.9)	15,202 (0.7)	600,389 (27.6)	73,974 (3.4)	2,175,590 (100.0)
2009	1,034,561 (45.5)	179,795 (7.9)	284,670 (12.5)	33,779 (1.5)	28,895 (1.3)	16,542 (0.7)	613,746 (27.0)	79,457 (3.5)	2,271,445 (100.0)
2010	1,050,894 (44.8)	183,014 (7.8)	311,739 (13.3)	47,497 (2.0)	35,048 (1.5)	17,255 (0.7)	621,746 (26.5)	81,462 (3.5)	2,348,351 (100.0)
2011	1,058,768 (44.2)	164,447 (6.9)	336,704 (14.1)	60,388 (2.5)	42,311 (1.8)	17,692 (0.7)	632,598 (26.4)	81,873 (3.4)	2,394,781 (100.0)
2012	1,075,835 (43.9)	129,489 (5.3)	380,186 (15.5)	74,210 (3.0)	47,730 (1.9)	18,427 (0.8)	642,234 (26.2)	81,172 (3.3)	2,449,383 (100.0)
2013	1,148,856 (44.3)	132,683 (5.1)	403,432 (15.6)	93,022 (3.6)	57,201 (2.2)	19,749 (0.8)	654,011 (25.2)	82,347 (3.2)	2,591,311 (100.0)

注：括弧内の数値は当該年度の受給者数に占める割合（％）。

出所：Bun des ministerium für Gesundheit, Zahlen Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (1995 bis 2013) より作成。

### Ⅲ. ドイツの介護保険給付と財政コントロール

#### 1. 公的介護保険財政の状況

介護保険の財政状況を表5に示す。これを見ると、現金給付（介護手当）の給付額は、2008年以降増加傾向にあり、2008年には4.24（10億ユーロ）で、2013年には5.69（10億ユーロ）に増えている。また、現物給付、介護休暇、デイケア・ナイトケア、追加的世話給付、ショートステイ等の給付額も増加傾向にある。これに対して、家族介護者の社会保障への介護給付の支出は減少傾向にある。前述のように、家族介護者には年金保険・失業保険・介護保険・疾病保険が適用されるが、これらの社会保障への総支出は減りつつある。これは、要介護者だけでなく介護する人も高齢化するなかで、家族介護者で年金受給年

表5 公的介護保険の財政収支の推移

(単位：10億ユーロ)

	収入合計	(現金給付) 介護手当)	現物給付	介護休暇	ナデイ イトケ ア・	追加的 世話給付	ショ ートス テイ	介護 者の 社会保 障	補 助具・ 補 装具	施 設入 所介 護	に 障 害者 の 入 所 施 設 お お け る 介 護	M D K の 半 額 負 担	管 理 運 営 費	そ の 他	支 出 合 計	収 支
1995	8.41	3.04	0.69	0.13	0.01	—	0.05	0.31	0.20	0.00	0.00	0.23	0.32	0.00	4.97	3.44
1996	12.04	4.44	1.54	0.13	0.03	—	0.09	0.93	0.39	2.69	0.01	0.24	0.36	0.01	10.86	1.18
1997	15.94	4.32	1.77	0.05	0.04	—	0.10	1.19	0.33	6.41	0.13	0.23	0.55	0.01	15.14	0.80
1998	16.00	4.28	1.99	0.06	0.05	—	0.11	1.16	0.37	6.84	0.22	0.24	0.56	0.02	15.88	0.12
1999	16.32	4.24	2.13	0.07	0.05	—	0.12	1.13	0.42	7.18	0.20	0.24	0.55	0.01	16.35	...
2000	16.54	4.18	2.23	0.10	0.06	—	0.14	1.07	0.40	7.48	0.21	0.24	0.56	0.02	16.67	...
2001	16.81	4.11	2.29	0.11	0.07	—	0.15	0.98	0.35	7.75	0.21	0.25	0.57	0.02	16.87	...
2002	16.98	4.18	2.37	0.13	0.08	0.00	0.16	0.96	0.38	8.00	0.21	0.26	0.58	0.01	17.36	...
2003	16.86	4.11	2.38	0.16	0.08	0.01	0.16	0.95	0.36	8.20	0.23	0.26	0.59	0.06	17.56	...
2004	16.87	4.08	2.37	0.17	0.08	0.02	0.20	0.93	0.34	8.35	0.23	0.27	0.58	0.07	17.69	...
2005	17.49	4.05	2.40	0.19	0.08	0.02	0.21	0.90	0.38	8.52	0.23	0.28	0.59	0.00	17.86	...
2006	18.49	4.02	2.42	0.21	0.09	0.03	0.23	0.86	0.38	8.67	0.24	0.27	0.62	0.00	18.03	0.46
2007	18.02	4.03	2.47	0.24	0.09	0.03	0.24	0.86	0.41	8.83	0.24	0.27	0.62	0.00	18.34	...
2008	19.77	4.24	2.60	0.29	0.11	0.06	0.27	0.87	0.46	9.05	0.24	0.28	0.65	0.00	19.14	0.63
2009	21.31	4.47	2.75	0.34	0.15	0.19	0.31	0.88	0.44	9.29	0.25	0.31	0.68	0.00	20.33	0.98
2010	21.78	4.67	2.91	0.40	0.18	0.28	0.34	0.88	0.44	9.56	0.26	0.30	0.71	0.00	21.45	0.32
2011	22.24	4.74	2.98	0.44	0.21	0.33	0.35	0.87	0.41	9.71	0.26	0.32	0.71	0.00	21.92	0.32
2012	23.04	5.08	3.11	0.50	0.25	0.38	0.38	0.89	0.44	9.96	0.26	0.34	0.75	0.00	22.94	0.10
2013	24.96	5.69	3.37	0.59	0.28	0.44	0.41	0.88	0.55	10.06	0.26	0.36	0.79	0.00	24.33	0.63

出所：Bun des ministerium für Gesundheit, Zahlen Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (1995 bis 2013) より作成。

齢に達している高齢者が増え、介護者の社会保険の給付要件である年金を受給していないという、社会保険の給付対象から外れる高齢の家族介護者が増えているからだと考えられることができる。さらに表4で見たように、穏やかな傾向ではあるが、同じ在宅サービスの現物給付に比べて、給付上限額の低い現金給付を選択する人が増えていることが、2008年以降の安定的な財政運営につながっていることがわかる。

## 2. 介護保険の財政コントロール

ドイツでは、家族介護者への支援を強化することで、在宅介護を推進することに繋がっている。この家族介護者等への支援のひとつである現金給付によって、総費用が抑えられてきたという見方もできる。同じ在宅サービスの中でも、現物給付と現金給付の給付額において現金給付の限度額は現物給付のほぼ半分の水準に設定されているため、現物給付を選択したほうが有利になっている。そのため、報酬の低い現金給付を選択する者が増えれば、総費用は抑えられるという仕組みである。このように、現金給付に対する選択の道も保障した上で現物給付への誘導を図っていく方が用意されている。

また、介護給付の上限額は、表6のように、在宅、家族介護者、軽中度の引き上幅を大きくしている。軽中度者を中心とする家族介護者への支援を強化することで、在宅生活を可能にし、施設介護の伸びを抑えている。表7に示すように、在宅介護給付と施設介護給付の受給者数の比率は、介護保険スタート時の1996年と今日では、75対25とほとんど変化がないことがわかる。

介護保険の財政状況は、表8に示すように、2000年から赤字に転落したが、2006年以降は再び黒字に戻り、それ以降黒字を維持している。表4で見たように、穏やかな傾向ではあるが、同じ在宅サービスの現物給付に比べて、給付上限額の低い現金給付を選択する人が増えていることが、2008年以降の安定的な財政運営につながっていると見える。このように、介護保険において現金給付や家族介護者への社会保障が給付されたとしても、黒字基調で堅実な介護保険の財政運営ができてきていることは、これらの給付がなくても財政が年々厳し

くなっている日本との大きな違いである。

表6 主な介護保険の給付の引き上げ率の比較

(単位：ユーロ、日額、%)

サービス	引き上げ期間	要介護Ⅰ (引き上げ率)	要介護Ⅱ (引き上げ率)	要介護Ⅲ (引き上げ率)
在宅介護 (現物給付)	2008年6月まで	384	921	1432
	2008年7月1日から	420	980	1470
	2010年1月1日から	440 (21.8%)	1040 (24.3%)	1510 (12.5%)
	2012年1月1日から	450	1100	1550
	2015年1月1日から	468	1144	1612
在宅介護 (現金給付)	2008年6月まで	205	410	665
	2008年7月1日から	215	420	675
	2010年1月1日から	225 (14.1%)	430 (11.7%)	685 (9.4%)
	2012年1月1日から	235	440	700
	2015年1月2日から	244	458	728
入所施設介護	2008年6月まで	1023	1279	1432
	2008年7月1日から	1023	1279	1470
	2010年1月1日から	1023 (4.0%)	1279 (4.0%)	1510 (12.5%)
	2012年1月1日から	1023	1279	1550
	2015年1月3日から	1064	1330	1612
通所介護	2008年6月まで	384	921	1432
	2008年7月1日から	420	980	1470
	2010年1月1日から	440 (21.8%)	1040 (24.2%)	1510 (12.5%)
	2012年1月1日から	450	1100	1550
	2015年1月4日から	468	1144	1612
ショートステイ (年額)	2008年6月まで	1432	1432	1432
	2008年7月1日から	1470	1470	1470
	2010年1月1日から	1510 (12.5%)	1510 (12.5%)	1510 (12.5%)
	2012年1月1日から	1550	1550	1550
	2015年1月5日から	1612	1612	1612
代替介護 (親族による場合)	2008年6月まで	205	410	665
	2008年7月1日から	215	420	675
	2010年1月1日から	225 (78.5%)	430 (67.5%)	685 (64.2%)
	2012年1月1日から	235	440	700
	2015年1月6日から	366	687	1092
代替介護 (他人による場合)	2008年6月まで	1432	1432	1432
	2008年7月1日から	1470	1470	1470
	2010年1月1日から	1510 (12.5%)	1510 (12.5%)	1510 (12.5%)
	2012年1月1日から	1550	1550	1550
	2015年1月7日から	1612	1612	1612

注：引き上げ率は、2008年6月以前と2015年以降の比較である。

出所：Bun des ministerium für gesundheit, Pflegeversicherung im Überblick より筆者作成。

表7 在宅給付・施設給付の受給者数の比率の推移

(%)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
在宅給付	75.14	72.15	70.58	70.11	69.19	68.58	68.25	67.61	67.34
施設給付	24.86	27.85	29.42	29.89	33.81	31.42	31.75	32.39	32.66
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
在宅給付	67.09	66.54	66.73	67.78	68.79	68.97	69.13	69.56	74.77
施設給付	32.91	33.46	33.07	32.22	31.21	31.03	30.87	30.44	25.23

出所：Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (1995 bis 2013) より作成。

表8 ドイツ公的介護保険の財政状況の推移

(単位：10億ユーロ)

	1995	1998	2000	2003	2006	2009	2012	2014
収入総額	8.4	16.0	16.5	16.9	18.5	21.3	23.0	25.9
支出総額	5.0	15.9	16.7	17.6	18.0	20.3	22.9	25.5
収支黒字額	3.4	0.1	—	—	0.5	1.0	0.1	0.5
収支赤字額	—	—	0.1	0.7	—	—	—	—

出所：Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung より作成。

## IV. 介護をしながら働く人への制度的支援

### 1. 介護時間の導入

家族介護が社会的サービスの中心として位置づけられながらも、実際には家族の介護力は弱まっているため、就業者であっても家族の介護を容易に担えるようにすることが求められるようになった。そのための第一歩として、2008年7月に「介護時間法」が施行され、すべての事業所で、家族の介護が必要となった場合には、すべての就業者に①最長10日間の短期休暇が認められ、さらに従業員15人超の事業所ではこれに加えて②最長6ヶ月の休業（介護時間（Pflegezeit））の権利が認められることとなった。いずれの期間中も解雇は許されないが、期間中の所得保障についての定めはないため、原則として無給となる。

この介護時間については、当初より、問題点として、①従業員15人以下の事業所の就業者には取得の権利が認められていないこと、②最長でも6ヶ月という期間では家族介護を就業者である家族構成員が担うには足りないこと、ま



た、③期間中、原則として無給となるため、経済的にゆとりのない低所得者には取得しにくいことが指摘されていた<sup>13)</sup>。

## 2. 就業と介護の両立支援制度

このような欠点を抱える「介護時間」を補完するものとして、2012年1月、「介護期間法」(Gesetz über die pflegezeit: Pflegezeitgesetz) が制定された。今回、新たに導入されることとなった「家族介護時間 (Familienpflegezeit)」は、①最長2年間の家族介護を可能にし、②休業期間中の減収を緩和して一定の所得水準の確保を可能にするものである。介護期間法では、休業中の所得保障がなかったが、家族介護期間法では、この点が改善され、家族介護期間中でも所得保障がなされることになった<sup>13)</sup>。

家族を介護する労働者は、最大で2年間、労働時間を最大半分(50%)に短縮することができるとともに、その間従前の総所得の75%を受け取ることができる。ただし、家族介護期間終了後、就業者はフルタイム就業に復帰するが、家族介護期間と同期間、家族介護期間中に企業に積み立てられた就業者の負債分が返済されるまで、給料は75%のまま据え置かれる。家族介護期間制度を利用した休業中の給料は減額となるが、退職後の公的年金の受取額は保障される<sup>13)</sup>。

つまり介護のため、2年間、労働時間を半分にしていた人は、復帰後2年間、フルタイムで働きながら75%の給料を受け取ることになる。これだと通算4年間受け取る給料の額が25%減ることになるが、家族の介護を優先しつつ働き続けたい労働者にとっては朗報である。しかも介護期間を経ても、退職後に受け取る年金額はフルタイムで働き続けたものとあまり大差が生じないように工夫がされている。これまでの制度では、介護休業は取れるが、その期間中は無給になってしまう。今回の支援策であれば、労働者は介護をしながら働き続けることもできるし、結果として経営者にも金銭的な負担は生じない。また、企業が優秀な労働者の継続的に確保することにも有利に働く。

ただ、いくつかの懸念は残る。この制度では、企業に一部の給料の前払いを最大2年間強いることになり、中小企業にとってその負担は大きい。そのため

の対策として、従業員250人以下の企業には金融公庫（KfW）<sup>14)</sup> がその分を無利子で融資をする予定である。また、介護をする労働者が介護期間終了後に病気など何らかの理由でフルタイムに復帰できなくなるという事態もあり得る。その場合に備えて、労働者は予め特別の保険に入るよう求められるが、保険額は月10ユーロと低く抑えられている<sup>13)</sup>。

従来介護時間が家族の介護を理由とする退職を防ぐための制度であったとすれば、新しい家族介護時間は、より長期により多くの家族構成員が介護を引き受けられるようにすることで、持続的な家族介護を可能にするための仕組みとして期待されている。ただし、家族介護時間制度が導入されるか否かは使用者の意向次第となっており、実効性に欠けるとの批判も根強い。

## おわりに

本稿では、ドイツにおける介護保険において、家族による介護への給付はどのように根拠づけられるかを検討した。本稿のまとめとして、家族による介護を社会的に評価することの意義を挙げる。まず、介護保険導入以降も、依然として主たる役割を担っている家族介護を、有償労働と同等に評価することの意義は大きいといえる。年々高齢者と子どもの同居率が低下するなかで、独居の高齢者世帯が増えている。同居家族のみならず、別居子や親族、親しい友人等にも現金給付が認められることによって、家族・親族・友人等の介護者を確保できる可能性が高まる。その際、現金給付によって、家族・親族等の介護負担も保証できる。

次に、利用者主体・自己決定権の尊重の観点からの意義である。現金給付については、現金が支払われるのは介護が必要と認定された被保険者本人に対してである。被保険者が現物給付か現金給付、現物給付と現金給付の併給かを選択できることは、利用者の自己決定を保障するものである。被保険者には在宅介護を受ける権利を保障することにつながる。もちろん、判断能力が十分でない被保険者には、本人の意志を最大限尊重できる成年後見制度の利用を忘れて

はならない。

ドイツでは、介護保険法の狙いとは裏腹に、施設サービスの増加傾向が見られていたが、介護保険の改革において家族介護者への支援を強化した結果、施設介護への伸びが在宅介護に比べ、弱い伸びを示し始めた傾向がある。さらに、現金給付によって総費用が抑えられてきたという見方もある。このことは、介護保険の目的とする在宅介護の推進の観点からも意義を見出すことができるものである。

これに対し、日本の介護保険は、社会的サービスの充足、すなわち、高齢者介護を新しいビジネスとすることを狙ったものということができ、家族の介護労働を社会的にどのように位置づければ家族介護者を社会的に評価し得るかといった問題意識が弱い。極端な施設志向が生じているのも、その根底には、家族の介護が社会的に評価されないという問題がある。結果、今日では、介護保険給付は2013年度時点ですでに8兆5,000億円を超え、自己負担額を合わせると9兆を超えている。介護保険財政の増大のなかで、自己負担額が一定所得以上の利用者には、1割負担が2割へと引き上げられる。2,911円（全国平均）から始まった第1号被保険者の保険料水準は、第6期（平成27年度～29年度）に5,514円となり、平成37年度には8,165円程度まで増える見込みとなっている<sup>15)</sup>。保険料負担の限界も現実化している。

在宅介護に比べて相対的にコストが高い施設への入所を希望する傾向が強く、財政問題が生じている。東京都心では、介護施設の不足が重大な問題となると見込まれ、東京から地方へ的高齢者の「移住促進」までもが議論されるようになってきた。利用者の根強い施設志向の要因のひとつには、利用者負担の施設・在宅間格差がある。在宅で施設と同程度のサービスを受けようとする場合には、保険からの支給限度額を大きく上回る結果、高額な自己負担を支払うことが必要になる。自己負担額を減らすために家族が介護すれば、家族の負担感は大きくなり、家族の間では施設への入所を希望する傾向が強くなる。

高齢化に伴って今後も要介護者数の増加が見込まれるなか、給付費を抑制しつつ、介護保険制度の機能強化を進めるためには、施設よりも在宅サービスの

利用を促進させる必要がある。しかし、在宅で介護サービスを受ける場合、家族による介護負担と利用料の負担は大きく、施設志向の存在は強まる一方である。

わが国の介護保険給付の体系は、介護報酬によって細かく決められている。介護報酬は、政府が3年ごとに改正するものであり、政府による管理統制がなされている。政府によってあらゆるサービス内容を管理統制されている日本の場合、被保険者が家族の介護と外部サービスと、どちらでも選択できる道を開いているドイツとは、大きく異なる。

ドイツでは、家族の介護労働を社会的にどのように位置づければ家族介護を社会的に評価し得るかという問題について、家族介護を介護保険の中心に捉えて、それを支援するものとして社会的サービスを捉えている。また、家族や友人、ボランティア等の介護労働を有償労働及び社会保障と結びつけることによって、社会的に評価しようとするものである。このように、家族による介護を社会的に評価することにより、要介護者本人にとってできるだけサービスの選択の幅を拡げ、家族の介護の意欲を損ないにくくすることは、在宅重視という介護保険の理念を達成し、ひいては、制度の持続可能性に貢献できるものと考えられる。

本報告で論じ得なかった項目は、家族による介護負担の可視化である。家族による介護の費用を推計し、家族による介護負担を可視化するために実証的な検証を行うことが、今後の課題である。

**【付記】** 本研究は、日本学術振興会基盤研究(C)課題番号：15K03915「介護保険システムと家族支援に関する総合的研究－日・独・英における国際比較の視点－」の研究成果の一部である。

## 【注】

- 1) SGB X I Sozialgesetzbuch – Sozialpflegeversicherung.
- 2) 1991年4月1日現在、1マルクは約60円である。
- 3) 厚生省高齢者介護対策本部事務局『新たな高齢者介護システムの確立について』1995, 50。
- 4) 土田武史「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』2012, No.94, 4。
- 5) 同上、3-5。
- 6) 同上、3。
- 7) 斉藤香里『ドイツにおける介護システムの研究』2011, 70-74。
- 8) 公的介護保険の保険者は、介護金庫である。介護金庫には、介護保険の保険料徴収や保険給付の提供責任がある。介護金庫は、自主管理による公法人である。介護金庫は、疾病金庫のなかに併設されている。  
MDKは介護金庫の要請を受けて、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。
- 9) 吉田恵子「ドイツの介護保険制度のいま」『月刊介護保険』2015, No.229, 58-62。
- 10) 斉藤香里「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』2013, No.184, 2013, 21。
- 11) 同上、32。
- 12) 山中永之佑『介護と家族』早稲田大学出版部、2005, 63-64。
- 13) 斉藤純子「ドイツにおける介護休業制度の拡充－家族介護期間法の制定－」『外国の立法』252, 2012。
- 14) 正式名称はkfw Bankengruppe. kreditanstalt für wiederaufbauの略。ドイツ復興金融公庫。資本は連邦共和国と連邦州である。
- 15) 厚生労働省、第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000083954.html>> (最終アクセス：2015年7月20日)。

## 【参考文献】

- 厚生省高齢者介護対策本部事務局『新たな高齢者介護システムの確立について』1995。
- 斉藤香里『ドイツにおける介護システムの研究』2011。
- 斉藤香里「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No.184, 2013。
- 斉藤純子「ドイツにおける介護休業制度の拡充－家族介護期間法の制定－」『外国の立法』252, 2012。
- 土田武史「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』No.94, 2012。
- 山中永之佑『介護と家族』早稲田大学出版部、2005。
- 吉田恵子「ドイツの介護保険制度のいま」『月刊介護保険』No.229, 2015。
- Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (1995 bis 2013).
- Bundesministerium für gesundheit, Pflegeversicherung im Überblick.
- Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (1995 bis 2013).
- Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.