

ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴 — ドイツ現地調査から —

The structural features of family caregiver support in Germany
— A study of Germany —

宮本恭子

Kyoko Miyamoto

キーワード：家族介護 ドイツ 現金給付 介護者支援

Family care, Germany, Cash benefits, Family caregiver support

はじめに

日本の介護保険制度は、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。さらに、労働力人口が減少するとされているなか、介護職員については、2025年度に現在の1.5倍の240万人程度が必要と推計されており、介護支援専門員等の関係職員も含めると、新たに150万人余りの人材確保が必要とされるが¹⁾、介護労働者の賃金水準は他の産業に比べて低く、推計どおりの従事者数を確保することは容易ではない。外国人労働者の本格的な受入れを行わずにこの難局を乗り越えるには、介護サービスにおける介護従事者1人当たりの生産性を上げることにより、少ない人数での介護サービス提供を可能にするなどの対策も課題となる。

こうしたなか、介護支出の増大については、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も議論がなされるべきであるが、十分な検討がなされていない。

日本では、介護保険法案の議論の中で「家族介護への現金給付」の必要性を唱える意見はあったが、その必要性に関する検証や議論はほとんどなされないまま、「現物給付」だけとなった経緯がある²⁾。しかも、将来の介護需要や介護労働力需要については十分に検証されないままに、家族による介護を給付対象から切り捨てたことは、あまりにも早計であったのではないだろうか。

1995年、世界に先駆けて公的介護保険制度が施行され、その制度創設以来、日本の介護保険法制定にも大きな影響を与えたドイツでは、将来の介護需要の動向を見据え、制度開始時点から現金給付を導入し、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。このドイツの家族介護を支えている介護供給体制の特徴を把握するために現地調査した。

ドイツでは、家族介護者への支援を強化することで、在宅介護重視の介護保険の理念を守り、「家族等による介護への現金給付」によって介護保険の総費用が抑えられてきたという見方もある。ドイツではどのような家族介護を支援する体制のもとで介護供給がなされているのかを明らかにすることが可能なら、日本もドイツのように「家族による介護への給付」を導入し、在宅介護重視の理念を守ることも可能になるのではないかと、この問題意識で現地調査を行った。本稿の目的は、ドイツの「家族介護の社会的評価」の意義に焦点をあて、ドイツの現地調査結果を踏まえ、ドイツの家族介護者支援の構造的特徴を明らかにすることによって、日本の介護保険制度における家族介護者支援の在り方に示唆を得ようとするものである。

本稿の構成は次の通りである。第Ⅰ章では、ドイツの家族介護の社会的評価の意義と実態を明らかにする。第Ⅱ章では、ドイツの現金給付の運用の実態とその仕組みを概観する。第Ⅲ章では、ドイツの介護保険改革の方向性と影響を家族介護者支援に焦点を当て、整理する。第Ⅳ章では、外国人ヘルパーの活用の実態を整理する。第Ⅴ章では、介護保険におけるインフォーマル部門の役割と実態を検討する。おわりにでは、以上を踏まえて日本の家族介護者支援の在

り方に関する若干の問題提起を行う。

I. 家族介護の社会的評価

1. 家族介護と現金給付

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を優先することが法で定められている（社会法典11編3条）³⁾。ドイツの介護保険は、事業者、とくに施設による介護に対し、在宅での家族介護を優先することを明確な方針としており、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。日本の制度と違い事業者だけでなく家族も介護サービスの提供者と位置づけている点が、ドイツ介護保険の特徴である。

また、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、若い親も介護者になり得る。このように、家族の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。

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。

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。現金の使途

は要介護者に任されていて、同居の家族だけでなく別居子や親族、友人、ボランティア等にも現金給付を渡すことができる。現金給付の上限額は、表1に示すように、要介護度に応じて設定されている。要介護と認定されなかったいわゆる要介護度0には、月123ユーロが給付される。要介護度1は244ユーロで、認知症の場合は316ユーロである。要介護度2は458ユーロで、認知症の場合は545ユーロである。要介護度3は728ユーロとなっている。

2. 家族介護と社会保障

介護者支援のために、現金給付以外に年金保険、失業保険、労災保険の社会保障法上での評価もある。社会保障の対象となる家族介護者は、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⁴⁾。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1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1)。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、介護保険の補助金である22.21ユーロを、介護金庫が支払う(表1)。さらに、介護者は労災保険にも加入する。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⁵⁾。

このように、介護者支援のために家族やボランティア等による介護を社会保障と結びつけることや現金給付が整備されているが、これらの家族への支援体制は、失業中や経済的困窮状態にある家族にとっては、社会政策としての役割を

表1 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。

併せ持つものともなっている。例えば、現金給付を受給する家庭には失業中や経済的困窮状態にある家庭が多く、現物給付を受給する家庭には就業中の家庭が比較的多い等である⁶⁾。失業中や経済的困窮状態にある家庭では、現金給付が貴重な現金収入となることや、失業中の者には介護という責任ある仕事を役割として与えることができること、失業保険・年金保険・医療保険等の社会保険給付の受給者としてことができ、将来の無保険者を減らすことができる等、社会政策上の意義が大きい。このように、介護者支援の体制は、介護する家族を社会的に評価すると同時に、失業者・貧困家庭に社会的役割や社会参加の機会を与え、社会保険を保障することで無年金者を減らすという社会政策としての役割の貢献もある。

II. 家族介護と現金給付

1. 厳しい要介護認定基準と低い給付水準

ドイツの介護等級は3段階であるが、最も軽い介護等級Ⅰを取得するのに必要とされる1日の介護所要時間は90分（内、基礎介護45分以上）と、日本の要介護度3に相当する。したがって、生活援助のみを必要とする者や日常生活能力に制限があるだけの認知症者には要介護度を認めず（0度）、給付も在宅・通所サービスに限るなど、部分的な措置をするに留まる。

また、ドイツの介護保険はあくまでも「部分保険」であり、必要な介護の全額を保険から支給されるものではない。法定介護保険BARMER社が2012年に算出した介護費用総額と自己負担・保険給付額の内訳によると、施設と在宅介護では施設介護の方が、また、介護等級が高いほど、自己負担額が高くなる傾向にあることが報告されている⁷⁾。

さらに、ドイツでは在宅介護者に限って、「介護金」とよばれる現金給付を受給することができる。このような選択肢があることに加え、施設介護における自己負担額（＝家族の負担）が比較的大きいこともあり、要介護度が低い場合には在宅介護が選択され、重度の要介護状態や認知症のために24時間体制

の介護が必要になった段階で、施設介護が利用される構造となっている。

2. 現金給付の実態

現金給付者の占める割合は、制度スタート直後（1995年）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（表2）。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させてサービスを選択することを可能にしている。

表2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。2013年の「現金給付」受給者、すなわち家族による介護を受けた者は約115万人である。ただし、「現物給付」を選択する人は、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%約で40万人に増加した。

表2 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 (28.0)	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。

3. 現金給付と介護相談

(1) 現金給付の運用の仕組み

介護保険の認定を受ける場合には、介護を受ける本人、あるいはその代理人か後見人（家族は不可）が、介護保険に給付の申請を行う。給付申請後、公的保険加入者の場合は健康保険メディカルサービス（Medizinischer Dienst der Krankenkassen：MDK）による要介護の査定が、当人の自宅で行われる。申請から5週間以内（入院患者などの場合は1週間以内）に査定結果をもとにした要介護の認定が介護保険から通達される。要介護度の決定に異議がなければ、給付された介護を開始できる。給付が認められない場合や要介護度の査定結果に満足でない場合は、1月以内に異議申し立てをすることができる。

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⁸⁾。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なっていると捉えることもできる。

(2) 介護相談の法的根拠

現金給付のみを受ける要介護者は、介護等級に応じて、定期的に介護相談を受けることが義務付けられている（介護保険法37条）。2009年以降介護保険法により、介護保険会社には「介護相談」の提供が義務づけられた。介護相談の目的は、在宅介護の質の保障と在宅で介護する家族を支援することである。現金給付を受ける要介護者は、介護等級Ⅰ・Ⅱでは6カ月に1回、介護等級Ⅲでは3カ月に1回の頻度で、認可を受けた介護事業者が受給者の自宅で介護相談を行う。介護相談を実施する介護事業者は、自宅から近いところや口コミ、広告等を見て選ばれることが多い⁹⁾。介護相談の費用は、介護金庫から介護事業

者に直接支払われる。介護等級Ⅰ・Ⅱでは22.0€、Ⅲでは32.0€である。また、一般的な見守りやケアのニーズが特に高いとされる者については、3カ月に2回の介護相談を受ける権利がある。さらに、認知症のように見守りやケアのニーズが高いにもかかわらず、介護等級Ⅰの認定を受けていない者についても、6カ月に1回介護相談を受ける権利が保障されている（社会法典第11編45条）。介護相談の時間は厳密には決まっていないが、20分から1時間程度が一般的である。ただし、介護経験や介護知識が豊富な障害児の親などは短時間ですむ場合が多い¹⁰⁾。

介護相談員には、病状や障害、それに基づく支援ニーズに関する専門知識や自宅を訪問して調査・相談できるコミュニケーション能力が求められる。介護相談の主な内容は、①介護状態の評価、②介護状況改善のための指導、③記録である。①介護状態の評価では、要介護者と介護者の満足度を聞き取る。また、介護の負担度や居住環境、利用サービス等の現状を把握し、介護状態に問題があると疑われる場合には、要介護者の褥瘡や体の傷等の身体状況の確認を行うことも認められている。②介護状態改善のための指導では、要介護者の状態に見合う介護等級かどうか、介護状態に応じた介護の提供に必要な指導・介護サービスの利用等をアドバイスする。③記録では、介護の質の改善点や現金給付継続支給の条件を記録する。最後に記載書類に家族の署名をもらう。

このように、介護相談の目的は、在宅の要介護者にとって適切な介護が提供されているかどうかの確認や、介護する家族等の相談支援である。したがって、家族が現金給付を使ってコンサートや映画に出かけることは、介護する家族のリフレッシュと捉えられている等、要介護者に適切な介護が提供されていれば、現金給付の用途を厳格に追及されることはほとんどない¹¹⁾。

Ⅲ. 介護保険の改革と家族介護者支援

1. 介護保険の改革

ドイツ介護保険制度は、2008年以降の介護改革をとおり、大きく変わ

ろうとしている。2008年の「介護保険の構造的継続発展のための法律（介護継続発展法）」（Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung）による介護改革では、居宅介護の支援施策が強化された。2013年「介護新調整法」（Pflege-Neuausrichtungsgesetz）では、認知症患者を対象とする介護等級0の要介護者への給付が実施された。2015年1月には「介護と家族と仕事をより良く両立させるための法」（Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf）と「第1介護強化法」（Erstes Pflegestärkungsgesetz）が施行され、介護保険給付の改正、保険料の引上げ、「介護準備基金」の創設等の改正が行われた。介護準備基金は、団塊世代が将来要介護状態となっても保険料が大幅に増加しないよう、介護保険料の0.1%を20年間、連邦銀行に積み立てるものである。さらに、2016年1月1日に決議された「第2介護強化法」（Pflegestärkungsgesetz II）では、2017年1月1日以降、要介護定義とそれに伴う給付体系の抜本的改革が実施されることになった。

2. 新・要介護定義、給付体系

ドイツの介護保険は従来、主に身体障害を対象とし、知的・精神障害への給付は手薄であった。たとえば、1日に平均90分（内、45分は身体介護）の支援の必要がある者で介護等級Ⅰ、3時間（内、2時間は身体介護）で介護等級Ⅱ、5時間（内、4時間は身体介護）で介護等級Ⅲというように、支援に必要な時間を基準に、要介護の査定が行われていた。しかし、認知症や精神疾患患者が本格的に要介護体系に組み込まれることはなく、介護保険導入当初から課題とされていた。

2017年からの新制度では、要介護認定の基準となるのは、分刻みの支援時間ではなく「自立度」となる。身体機能や認知機能の低下、あるいは精神障がいの有無を問わず、すべての人が同じ基準で評価されることになる。新評価制度はNBA (Neue Begutachtungsassessment) とよばれ、以下の領域について、どれだけ自立度が損なわれているかを点数で判定する(表3)。配点は、右のパー

センテージである。その結果、合計得点が12.5～27点未満で要介護度1、27～47.5点未満で要介護度2、47.5～70点未満で要介護度3、70～90点未満で要介護度4、90～100点で要介護度5となる。

表3 新・要介護認定基準 (NBA:Neue Begutachtungsassessment)

項目	内容	配点
①可動性	寝返り、座位保持、移動、屋内の移動、階段の昇降	10%
②認知能力、コミュニケーション能力	近距離からの人の認識、場所・時間的感觉、主要な出来事の記憶と観察、日常生活における決定、情報理解、危険認識、基本的欲求の伝達、要求事項の理解、会話への参加など	②か③で点数が高い方15%
③行動及び心理状態	運動動作上の不穏な行動、夜間覚醒、自傷・攻撃的行為、器物損壊、攻撃的な言動、介護や他の支援の拒否、妄想・不安など	
④日常動作	上半身洗浄と洗髪、洗髪を含むシャワーと入浴、上半身と下半身の着脱、食事の準備と飲み物のコップへの注入、飲食、トイレの使用、尿失禁の後始末と尿道カテーテルや人工膀胱の処置、便失禁の後始末と人工肛門の処置、特別食や高カロリー輸液の対応等	40%
⑤医療処置への対応	投薬、注射、包帯交換、創傷の処置、通院、食事療法等	20%
⑥日常生活及び社会生活	1日の生活リズム、休息及び睡眠、1人で何かに取り組む、計画、身近な人との交流、離れている人との交流	15%

出所：DeJak友の会、ドイツで送る老後・2016年改訂版より作成。

3. 新・給付対象

現在要介護の認定を受けている270万人は、申請なしで自動的に新介護度に移行される。身体機能に支障がある人は自動的に、次の介護度に移行する。日常能力に継続的に大幅な支障がある人は、さらに次の介護度に移行する。現在要介護の認定を受けている人には、少なくとも現状と同じか、多くの場合は、これまで以上の介護支援が受けられる見込みである（表4）。

要介護度1はこれまで要介護の認定からはずれていた人が主な対象となるとされており、中期的には、認知症を中心に最大50万人が新たに給付を受けられる見込みである。ただし、給付額が他の要介護度と比べて大幅に少ないため、デイケア、ナイトケアをはじめとする通所介護や訪問介護を受けることはできない見込みである。

表4 新・介護度

これまでの介護度	新・介護度
0 + EA	2
1	2
1 + EA	3
2	3
2 + EA	4
3	4
3 + EA	5
3 H	5
3 H+EA	5

出典：DeLak友の会、ドイツで送る老後・2016年改訂版より作成。

注：EA（身体的に障害のない認知症）

H：Härte（重篤）

4. 新・給付体系

改革によって、総じて給付は手厚くなる（表5、6、7）。たとえば、現行では「要介護度0」には、在宅で介護を受ける場合に限って月123ユーロの現金または231ユーロまでの現物給付、「要介護度1」には、月244ユーロの現金または468ユーロまでの現物給付が与えられている。これらは、2017年から自動的に「介護度2」へ引き上げられ、それに伴い給付も現金316ユーロ、現物689ユーロまでと大きく引き上げられる。「要介護度1（認知症）」には、月316ユーロの現金給付または689ユーロまでの現物給付、「要介護度2」には、月458ユーロの現金給付または1,144ユーロまでの現物給付が与えられている。これらは、自動的に「介護度3」へ引き上げられ、給付は現金545ユーロ、現物1,298ユーロまでと引き上げられる。「要介護度2（認知症）」には、月545ユーロの現金給付または1,298ユーロまでの現物給付、「要介護度3」には、月728ユーロの現金給付または1,612ユーロまでの現物給付が与えられている。これらは、自動的に「介護度4」へ引き上げられ、給付は現金728ユーロ、現物1,612ユーロまでと引き上げられる。「要介護度3（認知症）」には、月728ユーロの現金給付または1,612ユーロまでの現物給付が与えられている。これは、自動的に「介護度5」へ引き上げられ、給付は現金901ユーロ、現物1,995ユーロまでと引き上げられる。

施設介護を受ける場合には、「要介護度1」には、月125ユーロの給付が加わった。現行では「要介護度0（認知症）」には給付なし、「要介護度1」には、月1,064ユーロの給付が与えられている。これらは、自動的に「介護度2」へ引き上げられ、給付は770ユーロとなるが、「要介護度1」には給付の引き下げとなる。一方、「要介護度3（認知症）」には、月1,612ユーロの給付が与えられている。これは自動的に「要介護5」へ引き上げられ、給付も2,005ユーロまで引き上げられる。したがって、施設介護では、低い介護度の給付が引き下げられ、重い介護度での給付の引き上げとなる。

給付の引き上げに伴う財源は、0.2%の介護保険料の引き上げによって確保される。これにより保険料率は2.55%、子供のいない成人は2.8%となる。保険料率引き上げによって、年間24億ユーロの保険料収入の増加が見込まれている¹²⁾。なお、制度切り替えにかかる費用は、これまでの余剰分から賄われる。また、改正後の保険料収入の一部は、「介護予防基金」に振り分けられ、2034年までに年間12億ユーロがここに支払われる。この基金は2035年から55年までの保険料増額を緩和するために蓄えられるものである¹³⁾。

このように、介護保険の改革は、在宅給付の引き上げ幅の大きさや、現金給付の引き上げ幅の大きさに見られるように、家族への支援体制を強化する方針を打ち出しており、ドイツの介護保険の特徴である、施設による介護に対し、在宅での家族介護を優先する姿勢は変わらない。

表5 新・給付額

給付内容	介護度別給付額				
	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
現金給付（居宅介護）	－	316	545	728	901
現物給付（居宅介護）	－	689	1,298	1,612	1,995
施設介護給付額	125	770	1,262	1,775	2,005
負担軽減手当（用途指定）	125	125	125	125	125
連邦一律介護自己負担額	－	580	580	580	580

出典：DeJak友の会、ドイツで送る老後・2016年改訂版より作成。

表6 新・給付額（居宅介護）

2015年			2017年		
介護度	現金給付	現物給付	介護度	現金給付	現物給付
0（認知症）	123	231	2	316	689
1	244	468			
1（認知症）	316	689	3	545	1,298
2	458	1,144			
2（認知症）	545	1,298	4	728	1,612
3	728	1,612			
3（認知症）	728	1,612	5	901	1,995
3 重度	-	1,995			
3 重度（認知症）	-	1,995			

出典：DeJak 友の会、ドイツで送る老後・2016年改訂版より作成。

表7 新・給付額（入所施設）

2015年		2017年	
介護度	給付額	介護度	給付額
		1	125
0（認知症）	0	2	770
1	1,064	3	1,262
1（認知症）			
2	1,330	4	1,775
2（認知症）			
3	1,612	5	2,005
3（認知症）			
3 重度	1,995		
3 重度（認知症）			

出典：DeJak 友の会、ドイツで送る老後・2016年改訂版より作成。

5. 介護保険の改革による影響

2017年以降の介護保険の改革によって、以下の影響が見込まれている¹⁴⁾。

- ①要介護度が最も高い者の経済的負担が一番高いという社会政策上の不公平が是正される。
- ②自己負担が増えるために、専門的立場から認定される高い要介護度への変更に消極的であった要介護者・家族と、要介護度が高くなるほど収入が増えるために介護度が高い要介護者の入所を歓迎していた施設との間の葛藤が解消される。

③施設利用者は要介護度によって自己負担額が変わらなくなるので、施設入所に要する自己負担額を計画しやすくなる。

以上より、現行介護等級Ⅲの施設入所者は、介護改革によって自己負担額が減少し、家族等の経済的負担が軽減する見込みである。一方、現行介護等級Ⅰ・Ⅱの施設入所者は、自己負担額が増えるケースもあり得るが、改正によって不利益が生じないように、自己負担額が増える場合には、その差額が介護保険から支払われるという規定が設けられた。

また、「第2介護強化法」によって、要介護者への介護給付の改善と介護保険の給付対象の拡大が見込まれる。新制度の要介護度1には、これまで要介護認定から除外されていた数十万人の者が受給の対象となるとされている。現行の要介護者にとっては、給付内容の改善を意味し、特に認知症などにより「日常能力に支障のある者」は、新・要介護認定基準によって高めの認定を受け、自動的に重度の介護等級に移行する。これは、要介護定義の制限という介護保険開始時点からの問題の是正を意味するものである。

Ⅳ. 外国人ヘルパーの活用

1. 現金給付を使った外部サービスの活用

在宅の家族介護者は、用途を限定しにくい現金給付を利用して、住み込みの外国人ヘルパーを雇うケースが多い¹⁵⁾。こうしたヘルパーの多く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。在宅で24時間体制の介護が必要な場合、介護費が膨らむ。そのため終日の介護ニーズに低賃金で対応してもらえる、人件費の安い外国人ヘルパーを雇う家族も多い。この外国人ヘルパーを雇う費用として現金給付使われているとの報告がある¹⁶⁾。

在宅介護を担う家族の介護負担は大きい。この家族の介護負担軽減に貢献しているのが外国人ヘルパーである。また、訪問介護事業者も在宅の介護ニーズにすべて対応するのは難しく、24時間体制で世話をしてくれる外国人ヘルパーの役割は大きい。外国人ヘルパーは、要介護者の社会生活参加の支援や家事や

個人的な用事の手伝いなど、介護保険ではカバーされないサービスも安価に提供する。こうした外国人ヘルパーを雇うことができなければ、家族は在宅の介護費用の負担による貯蓄の減少、介護と仕事の両立のための勤務時間短縮や介護離職による収入減という事態に至る可能性もある。このように、低賃金の外国人ヘルパーが24時間体制で世話を提供することによって、家族は介護と仕事の両立が可能になると同時に、ドイツ介護保険の在宅介護重視の理念も可能になっている¹⁷⁾。

これらの外国人ヘルパーの大半は、登録をしていない違法就労であるため、実態把握が難しく既存の調査研究も少ない。サービス業労組Verdiの推定によれば、EU圏東欧諸国出身の女性ヘルパーの数は、ドイツ全土で11万5千人から30万人とされている。就労の特徴は、住み込みの24時間体制の高齢者介護である。外国人ヘルパーにとって住み込みであることのメリットは、住宅費用の節約や当局の監視から逃れられるという点であるが、雇用者の指示命令下におかれるという欠点もある。一方、雇用者となる家族にとっては、ヘルパーが随時近くにいるという便利さがある。さらに、外国人ヘルパーは訪問介護事業者のサービス提供を補完するという役割も担っている¹⁸⁾。

東欧出身の女性ヘルパーは、最長12週間の住み込みで帰国し、新しいヘルパーに交替するという出稼ぎ形態を取っている。加えて、最も特徴的であるのは低賃金である。24時間体制の介護や家事援助に支払われる月給は平均1,400ユーロで、週労働時間が48時間をはるかに上回ることを考慮すれば、2010年に採用された介護職の最低賃金の9ユーロ（旧西独）、あるいは8ユーロ（旧東独）を全く満たしていない。この最低賃金は在宅介護ヘルパー業には適用されておらず、ヘルパーの法的地位の低さがわかる。また、外国人ヘルパーは、行政の監督を全く受けないため、勤務内容や労働条件は雇われる家族との交渉で決まる。これに関連して、外国人ヘルパーの採用基準には、介護経験の有無やコミュニケーションを図れる程度のドイツ語能力が問われる場合が多いが、介護の専門知識や介護専門職資格が問われることはほとんどない。そのため、在宅の介護現場では、介護の知識や経験不足から生じる介護ミスの危険性等介

護の質の確保が大きな問題となる¹⁹⁾。

2. 個人世帯における外国人雇用の法的背景

個人世帯における外国人ヘルパーの雇用は、グレイの労働市場に分類されるものであり、秩序政策の面からは、望ましいものではないとされる。ただし、在宅介護における家族を支援する外国人ヘルパーの貢献は大きい。外国人ヘルパーの雇用の在り方は以下のようなものである²⁰⁾。

(1) 家庭での直接雇用

東欧諸国では、2004年（ポーランド、チェコ、スロバキア、ハンガリー、スロヴェニア、リトアニア、エストニア、ラトヴィア）、または2007年（ブルガリアとルーマニア）のEU加盟後も、これらの国々の国民は2011年5月（ブルガリアとルーマニアは2014年1月）まで、ドイツ連邦雇用庁の許可なしに、自由にドイツで就労することは許可されていなかった。最低2年間の職業教育を受けた有資格者には就労が許可されていたが、個人世帯での外国人就労は、労働庁の海外労働力斡旋機関（ZAV）を通してのみ例外的に可能であり、その条件（週間38時間労働で月給1400～1600ユーロ）も賃金協定に基づいて決められていた。

現在は、2013年にEUに加盟したクロアチア以外、労働の自由な移動が制限なく認められており、要介護者やその家族が直接雇用関係を結ぶことができるようになった。雇用関係にはドイツの労働法が適用され、国籍による待遇や労働条件の差別は禁止されている。しかし実際には、報酬や労働時間の面で労働法が完全に守られているわけではない。たとえば、介護労働に対する最低賃金は、個人世帯での外国人家政婦・ヘルパーの雇用関係には適用されていない。

(2) 派遣

労働の自由な移動が制限されていた時期にも、サービスの自由な移動は認められていた。すなわち、EU加盟と共に、東欧諸国の事業者（建築業、建物清掃業、

内装業の例外を除いては)は、ドイツでサービスを提供することが認められていた。そのサービスを提供する自国の労働者をドイツに派遣することは可能であった。この場合、サービス派遣会社が雇用者となり、要介護者・家族とサービス内容などの交渉を行う。

個人世帯への介護ヘルパーの派遣には、有給、上限労働時間、最低休息時間、安全面等で最低保護規定が適用される上、介護職の最低賃金の支払いも、ヘルパーがドイツで就労する期間については、義務付けられている。被雇用者であるヘルパーの社会保険については、労働者が派遣元の国で社会保険に加盟していることが証明されれば、24か月以内の派遣期間であればドイツでの加盟義務は発生しない。

3. 外国人ヘルパーの雇用実態

現実には、法の抜け道を利用し、ドイツの保護規定や最低賃金を回避する「介護斡旋業者」を通して、ヘルパーや介護職の斡旋が行われる。東欧諸国では、業者ごとに法律相談や研修を提供する弁護士事務所や専門機関のネットワークがあり、派遣業者がいかにか税金や社会保険料を節約できるかのアドバイスを行っている。

斡旋は通常、ドイツに拠点を置く業者を仲介し、顧客は斡旋業者の提携するポーランドの会社と契約を結ぶ。そのため、顧客にとっての交渉相手であるドイツの斡旋業者は、顧客と法的関係を持たない。ポーランドの会社は、ポーランド人のヘルパーを3か月の期限付き契約で採用する。その契約内容は、勤務地ポーランド、最低賃金はポーランドの基準(月390ユーロ)で合意される。契約締結後、被雇用者であるヘルパーは、契約期間全般にわたる出張の目的でドイツに派遣される。ヘルパーは出張手当として、1日20～30ユーロを受け取り、それが報酬となる。この手当は、ドイツの法律では、税金および社会保険の対象にならない。契約期間の3か月が終了すると、新しいヘルパーに交代する。さらに3か月後には、同じヘルパーと改めて契約が締結され、出張としてドイツに送られる。こうして、ドイツの法規定を回避するために、低賃金で

雇用することができるという宣伝で、ドイツの顧客に売り込まれる。ドイツの顧客との契約料金はポーランドの会社に支払われ、ヘルパーはその一部、約半分を受け取る。ヘルパーの業務内容や労働時間に関しては、雇用者であるポーランドの会社は全く関知せず、要介護者のいる家庭が個々に決めているのが現実である。

このようなシステムは、外部からの介入を全く受けることはない。滞在が3か月以内であるため、住民登録も滞在理由の申告も必要なく、個人世帯で就労するヘルパーはドイツの行政官庁に全く把握されていない。個人世帯での就労に関するコントロールはないに等しく、違反があっても追及されることはない。また、労働者としての権利が侵害された場合にも、ヘルパー自身が法的権利を行使することは難しい。

V. インフォーマル部門の役割の重要性

1. インフォーマル部門の役割

ドイツでは介護保険が導入される以前から、市民レベルでの助け合いを重視するインフォーマル部門が重要視されてきた歴史がある。現在も民間社会福祉団体や民間営利団体によるサービス提供とともに、ボランティア市民団体によるインフォーマルな介護サービス提供もかなりの部分を占めており、多角的な介護サービス供給システムが形成されている。

ドイツの社会保障の目的は、基本原則である個人原則と連帯原則のもと、市民ひとりひとりが人間としての尊厳を保ちつつ自らが望む生活を実現できるようにすることである。その基本的な考えは市民が歴史的に獲得した権利を尊重しながら、市民自身の相互扶助による自助努力が行われるように国が援助するという発想であり、介護保険においても市民参加に期待される役割は大きい。介護需要が増大する中であっては、市民ひとりひとりと国家が介護を共有の問題として認識し、共に取り組むことが重要になる。その際、インフォーマル部門の強化が課題になる。

こうしたなか、高齢者介護分野へのボランティア参加促進へ向けた取り組みが積極的に展開されている。その中で重点的に取り組まれているのが、市民参加活動に関する法的組織的な整備である。介護分野におけるボランティアサービス、市民参加活動、インフォーマル部門の役割に期待しながら、サービス提供の充実が図られようとしている。

2. 市民参加活動の実際

ここでは、介護する家族を支援するボランティア団体を紹介する。筆者が2016年7月11日に訪問調査を実施した、介護ボランティア連絡センター（Kontaktstelle PflegeEngagement Friedrichshain-Kreuzberg Träger Volkssolidarität LV Berlin）である。センター責任者の Monika Vuong（モニカ・ヴオン）氏に聞き取りを行った。彼女の雇用形態は正規職員フルタイムであり、高齢者介護士（Altenpfleger）の資格を持つ。センターが設立された2010年から勤務しており、それまで介護ステーションで勤務していた。介護する家族等を支援する仕事を希望し、センターに就職した。旧東ドイツの出身で、旧東ドイツには介護の専門職資格がなかったため、統一後、高齢者介護士（Altenpfleger）の資格を取得した。センター職員は彼女とパートタイム職員1名の2名体制である。

センターの概要は次のようである。センターは2010年に設立された。ドイツでは介護保険が始まり介護に対する国民のイメージは徐々に変わってきた。介護保険開始直後は、認知症の人への関心は薄く、支援の対象は要介護者がメインで、介護する家族に対する支援への関心も薄かった。しかし、徐々に変わってきた。

2010年介護ボランティアの普及促進の根拠となる「介護保険法45条D項」が施行された。この法律が介護ボランティア連絡センター設立の根拠法である。介護ボランティア連絡センターは、現在、ドイツ国内でベルリン州のみである。ベルリン州12区にそれぞれ1カ所センターがある（スタッフは2～3人ずつ配置されている）。運営は各センターいずれも、自助グループセンターと隣接

する場所にある（介護ボランティアもセルフヘルプのひとつであるため）。センター職員の保有資格は、社会福祉士が多い、その他介護士、介護教育者等である。センター運営のための財源は、ベルリン州健康社会省と介護金庫州連盟、民間健康保険連盟によって助成されている。

活動内容は次のようである。①啓発・普及活動（介護に関する情報提供、介護の専門知識情報を発信する、介護する家族への支援が必要であることを普及・啓発する）、②地域の支援ネットワークの構築と支援、③ボランティアに関する相談、④介護世帯支援のための訪問サービス、⑤利用者を探すこと、⑥ボランティアの確保（大学生のボランティア多いが、在学中のみに限られ、継続性がない、高齢者、ひとり暮らしの者、長期失業者）、⑦地域の会話グループ・テーマグループ（運動、創作、文化）、⑧会場提供、⑨研修等である。

ボランティアの登録者数は20～30人程度である。ボランティアはインターネットからの応募、自助センター等からの紹介、大学生、年金生活者、長期失業者、最近では男性ボランティアも増えている。ボランティアへの応募動機は、ひとり暮らしで退屈である等、やりがいを求める人が多い。こうしてセンターは、ひとり暮らしの人や、長期失業者で社会とのつながりが薄い人にとって、他者とのつながりを持てる社会参加の場にもなっている。長期失業者については、JOBセンターと連携した形での就労準備支援の一環としてボランティアの受け入れを行っているが、サービス提供者とのコミュニケーションがうまくいかない等の課題がある。

また、センターはボランティア同士の交流の場にもなっている。テーマを決めてグループで運動や創作活動を行ったり、介護する家族がお互いの悩みを語りあったりする。特に人・社会とのつながりが薄い人には、活動を通じて、社会・人とつながる場・機会を提供する場となっている。たとえば、クリスマスを一りで暮らす高齢者が多いことが分かり、クリスマスを一りで過ごすことのないよう、クリスマスにセンターで集まる機会を設けている。介護ボランティア利用者数は、2015年度ベルリン州12センター全体で400人、当センターは30人である。利用者数を増やすために、利用者を探すこと、サービスがあ

ることを普及・啓発すること、介護する家族に当センターやサービスがあることを普及・啓発することが課題である。そのために地域の新聞、議会等の行政の資料に掲載してもらう等の広報活動を行っている。

センターの活動状況は以下のようである。

- ・ボランティアサービスを利用している家族介護者の声：ボランティアと利用者で事前に何をするか話し合いを十分にするので、利用者の満足度は高い。介護者支援のための訪問サービスを利用することにより、家族介護者はその間、コンサートに入ったり、病院に入ったりとリフレッシュできる。訪問サービスの提供にあたり、事前にマッチング等の調整を行うので、トラブルは起きていない。
- ・地域の会話グループ・テーマグループの開催：家族介護者は自分たちが希望するテーマ・活動で5人程度のグループ活動を立ち上げている。5人単位の少人数グループなので、介護者の悩み等を自由に言い合えることができる。そのために、隣接するセルフヘルプ組織との連携も行っている。具体的には、家族介護者の交流グループ、家族のためのヨガ教室（毎週水曜日センターに講師が来て、家族介護者のためのヨガ教室を開催）、合唱、コミュニケーショントレーニンググループ、高齢者セラフィー、記憶力向上トレーニング、座ってできる体操教室、障がい児の親のグループ、成人の障がい者のグループ、遠距離介護のグループがある。

ドイツでは介護する家族の問題は、日本ほど社会問題化していない。こうした中、介護する家族の問題を社会に向け発信していくこと、家族介護者には介護ボランティアセンターの存在を知ってもらい、相談や支援サービスに関する情報を提供すること、ボランティアを確保すること、新たな活動として介護予防活動も今後の課題である。また、ベルリン州以外にセンターはないので、ドイツ全体に普及させることも課題である。

3. ボランティア養成

ボランティアの確保が課題となる中、センターではボランティアの養成講習を開催している。講習内容は表8に示すとおりである。

表8 ボランティア養成講習内容

	講 習 内 容	時間数
1	介護ボランティア連絡センターの紹介 ボランティアの言動内容 自己紹介、ボランティアの動機と期待 ボランティア制度	2.5時間
2	ボランティアの役割 ボランティアの可能性と限界 距離感	2時間
3	要介護と日常生活支援の必要性 介護保険	2.5時間
4	高齢者の特性（接し方、疾病） 小児・成人の特性（接し方・疾病）	5時間
5	介護家族の状況 自己保全と自己決定の促進 社会参加	2.5時間
6	成年後見制度（後見法、任意代理、事前医療指示）	2時間
7	家族、要介護者、グループに対する支援	5時間
8	コミュニケーション・会話術 危機や問題行動への対応	3時間
9	別離 追加テーマ	3時間
	認知症／症状と意思疎通法 追加テーマ 高齢者の居住	2.5時間
10	緊急事態 講習の感想 証書授与	2.5時間

出所：Berlin Kontaktstelle pflege Engagement, Schulung für Ehrenamtliche der kontaktstellen PflegeEngagement
08.09.-10.11.2016

4. 介護家族支援連携センター・介護緊急相談所

次に、インフォーマル部門において伝統的に重要な役割を果たしている民間社会福祉団体（ディアコニッセ）がベルリン州政府の委託を受けて開設している、介護家族支援連携センターと介護緊急相談所を取り上げる。調査先は、Diakonie Diakonisches Werk Berlin Stadtmittle e.V. Fachstelle für pflegende Angehörige ディアコニッセ 介護家族支援連携センター & 介護

家族利益団体 Wir pflegen である。

ディアコニッセがベルリン州政府の委託を受けて6年前に開設した。ディアコニッセの墓地、礼拝所等のある敷地内に事務所がある。介護家族支援連携センターと介護緊急相談所は隣接する。職員は4名で、2つの事務所を交替で兼務している。職員は全員社会福祉士である。

介護家族支援連携センターは、州政府の委託を受けて、介護相談センターや介護事業所、介護緊急相談所と連携し、介護する家族の問題や支援ニーズを情報収集、分析し、政府と情報共有し支援策を充実することを目的としている。ベルリン州では、介護する家族の支援は他の州と比べ進んでいる。州政府は家族介護なしに介護の供給が成り立たないことを知っているからである。また、介護する家族の支援ニーズがあることも認識している。こうした経緯からセンターを設立している。センター運営のための財源はすべてベルリン州政府が助成している。

ベルリン州内の介護相談センターや介護機関、介護サービス事業等と連携し、家族介護者の問題やニーズを把握し、州政府に情報提供・問題提起を行い、家族介護者の支援策を州政府と協力して検討する。また、家族介護の社会的評価に関するキャンペーンも開催する（1週間）。隔年で講演会も開催する。今年のテーマは高齢者の多剤併用の薬害であった。センターの存在を広く知ってもらうために、区役所に冊子を置く、薬局の無料新聞に掲載してもらう、開業医待合にパンフレットを置く、インターネット、介護相談センターとの連携を行っている。介護する家族にセンターの存在を知ってもらうために、現場の社会福祉士に働きかけて病院の退院支援時に情報提供してもらい、介護ボランティアセンターとも連携し、介護相談所に関する普及パンフレットを年間2万部配布している。

介護緊急相談所は、介護する家族の困り事、問題の相談や、介護する家族の状況をセンターに情報提供し、家族介護者の支援ニーズの把握と施策の充実に活かすことを主な目的としている。ベルリン州内外から介護に関する相談を受け付ける。介護する家族、要介護者本人、在宅だけでなく施設入所者からも相

談が寄せられている。匿名の電話相談も多い。ケースによっては、1人10時間以内で心理療法による個別カウンセリングにつなぐ。また、他機関との連携が必要であるケースについては、警察、介護相談センター、行政等の他機関につなぐ。

具体的な相談内容は、家族の長期介護の相談、要介護者からの相談では、家族、介護施設等による暴力・虐待の相談、施設入所者からは施設介護に対する不満・苦情がある。これについては、両者の状況を把握し、中立的立場を守る。家族の介護負担については、家族に直接来所してもらうケースもある。他の州から電話をかけてくるケースもある。家族の話聞くだけで終了するケースもあるが、介護相談センターを紹介するケースもある。認知症グループホーム入所者の家族からの相談も多い。グループホームは外部から内部の介護・生活状況を把握しにくい。そのため、家族の不安も大きく、専門的な介護がなされていないのではないかという相談が多い。相談者は、息子より娘が多い。親戚・近所の人からの相談もある。

相談内容から把握できる家族介護者が抱える問題・課題は以下のとおりである。

- ・介護を理由とする生活困窮が最大の重要なテーマとなっている。
- ・介護を理由に生活困窮に直面したのか、もともと生活困窮者であったのかは特定できない。
- ・介護休業制度を利用する人は少ない。介護していることを会社に申し出る人は少ない。はじめは勤務時間数を減らし、離職に至る人が多い。介護休業制度は実際の運用の面で問題があり、給料が出ないので収入もない。仕事と介護を両立していても常時の見守りが必要になると離職する人が増える。
- ・介護離職する家族は女性・娘が多い。妻より収入が多い夫が仕事を継続し、妻が辞めるケースが多い。
- ・家族が介護を理由に離職せざるを得ない場合の要介護者像として、認知症、寝たきりが多い。

以上より、家族介護者支援の今後の課題として以下を指摘している。

- ・介護したい家族は多い。このような介護したい家族を支援する制度が必要で

ある。

- ・介護する家族への社会的評価が必要である。家族介護者は離職等により、経済的基盤を失い生活に困窮する場合もある。そのために、現金給付額を引き上げる、仕事と介護を両立できる在宅介護サービス体制を充実する、ボランティアを活用しながらフレキシブルな介護を提供する等である。
- ・介護人材不足の問題については、給料の引き上げよりも人員を増やすよう要求している。しかし、若い人を中心に人材が不足している。今後は、難民への教育を行い、介護職として働いてもらうことも課題である。専門職と家族の介護は補完するものであり、両者の組み合わせが課題である。

おわりに

本稿では、ドイツの家族介護者支援の体制の特徴を、1) 介護保険制度のもとの評価、2) 外国人ヘルパーの活用、3) インフォーマル部門の役割の重要性という3つの視点から整理してきた。日本の制度と違い事業者だけでなく家族も介護サービスの提供者と位置づけている点が、ドイツ介護保険の特徴である。そして、家族による介護サービス提供を現金給付や社会保障法上でも評価している。2017年1月1日以降に抜本的な改革が実施されることになった介護保険の改革でも、在宅給付の引き上げ幅の大きさや、現金給付の引き上げ幅の大きさに見られるように、家族への支援体制を強化する方針を打ち出しており、ドイツの介護保険の特徴である、施設による介護に対し、在宅での家族介護を優先する姿勢は変わらない。

また、家族介護者を支援するために、ボランティア等のインフォーマル部門の活用とその強化が期待されている。介護保険においても市民レベルでの助け合いを重視するインフォーマル部門が重要視されてきた伝統のもと市民参加に期待される役割は大きい。さらに、グリーゾーンの労働者を含む低賃金の外国人ヘルパーの労働力提供なしには、ドイツの在宅介護が成り立たない実態がある。東欧諸国からやってくる外国人ヘルパーが住み込みで24時間世話を提供

することで、家族は介護と仕事の両立が可能となり、多大な介護負担の回避が可能となっている。事業者による訪問介護サービスと家族介護の組み合わせだけで在宅での介護を継続することは難しい。訪問介護サービス事業者は人材不足等のため24時間体制でサービスを提供することは難しく、仮にそれが可能でも介護費用が膨らむため、家族は介護費用を負担することが難しい。こうして、低賃金で労働力を提供する外国人ヘルパーの活用が、在宅の家族を支援する重要な役割を担っていると同時に、ドイツ介護保険の在宅介護重視という理念を支えているという特徴がある。

日本はドイツを参考に2000年4月に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。しかし、介護保険施行後も、介護する人もされる人も高齢者という「老々介護」や、介護する人もされる人も認知症という「認認介護」、家族が介護のために離職する「介護離職」という例が増えているのはなぜだろうか。介護のためにキャリア形成できない、退職、離職せざるを得ない等、介護と将来の板ばさみになっている家族が多いという。家族の果たしている役割の重要性にもかかわらず、いっこうに積極的な支援策が顧みられないのは、国家的な戦略の不在によるものと言わざるを得ない。

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、家族の介護へ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のではないだろうか。

【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) 2025年に向けた介護人材にかかる需給推計に向けて
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000088998.html>> (最終アクセス:2016/08/15)
- 2) 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～老人保健福祉審議会中間報告』1995。
- 3) SGB X I Sozialgesetzbuch – Sozialpflegeversicherung。
- 4) 斎藤香里「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』2013、No.184、2013、21。
- 5) 同上、32。
- 6) Pro Curand, Mr. André Thiemig (2016/07/13) インタビューによる。
- 7) ブレーメン大学社会政策センターのハインツ・ロートガンク教授を中心とする研究グループが、2000年以降要介護者となった60歳以上のBARMER社の被保険者2,000人のデータを分析したものである。
- 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) Pro Curand, Mr. André Thiemig (2016/07/13) インタビューによる。
- 10) 同上。
- 11) 同上。
- 12) Bundesministerium für Gesundheit, Das Pflegestärkungsgesetz II, 11。
- 13) 同上。
- 14) BARMER,介護レポート2015年,
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pflegereport/PDF-BARMER-GEK-Pflegereport-2015.pdf> (最終アクセス2016/08/15)。
- 15) 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。
- 16) 同上。
- 17) Zentrum für Qualität in der Pflege, Pflegeversorgung.Grauer Pflegemarkt, 2015。
- 18) 同上。
- 19) 同上。
- 20) 同上。