

ドイツ介護政策の転換と介護の家族支援策

Transformation of German long-term care policy and measures for family support of care

宮本恭子[†]

Kyoko Miyamoto

概要

日本もドイツも介護非常事態にあるといえる。両国とも介護保険の改革が進む。ドイツは認知症に対する給付の改善のために、介護給付の拡充を進める。一方、日本は介護給付費の削減を目指している。この点がわが国の改革の方向性とは異なる。また、ドイツは介護保険の改革で家族の支援策も強化した。結果現金給付の受給は増えたが、介護サービスの供給が不足しており、希望に応じたサービス利用が十分ではない。本研究の目的は、ドイツの介護保険の改革が目指すものを整理し、介護している家族に対する支援はどのように変化したかを明らかにすることとおして、これらの改革が日本にどのような示唆を与えてくれるかを考察することにある。

[†] 鳥根大学 法文学部 法経学科 教授 Faculty of Law & Literature, Shimane University

1. はじめに

日本もドイツも介護非常事態にあるといえる。日本はドイツを参考に介護保険を作った。しかし、仕組みは大きく異なる。ドイツは部分保険で、日本は完全保険である。また、介護区分もドイツは3段階、日本は5段階からスタート

した。日本の介護保険の財源は、税と社会保険料が半分ずつで、ほぼ社会保険料を財源とする点もドイツと異なる。さらに、日本では、後期高齢者人口や認知症高齢者の増加とともに介護保険給付費は膨張し、同様に保険料も引き上げられ、持続性が危ぶまれている。

一方、ドイツは給付費の膨張は見られず、保険料も今回の改革まで引き上げられずにきた。そこで日本はドイツを見習うべきという意見が多い。また、ドイツは家族介護に対する支援策として現金給付もある。そのドイツが介護保険の抜本改革に至った。本研究では、その背景・理由を明らかにするとともに、介護強化法Ⅱはどのような改革を目指しているのか、具体的な改革内容とそれが期待する成果並びに実際の進捗状況を知るための現地調査を実施し、介護強化法によって何が強化され、何が後退したのかを明らかにする。

また、介護保険の改革によって、介護している親族に対する支援はどのように変化したのか、その結果、介護している親族の介護負担、経済的問題等にもどのような変化がみられるのかについても検討する。以上をとおして、同じように介護非常事態にある日本にとって、どのような示唆を与えてくれるかを検討することを目的としている。

2 介護政策の転換

2.1 公的介護保険の改革の背景・目的

2.1.1 介護保険改革の背景

ドイツの介護保険は社会保険の大きな成果とみなすことができる。しかし、導入当初から多くの課題を抱えて誕生したと言われている¹⁾。介護保険は妥協の産物といわれるほど、条件を抑えざるを得ない状況で誕生した。妥協案は企業の保険料負担が重くならないよう、介護保険の支出と保険料を抑えることであった。それほど介護保険の導入は容易ではなかった。そうしたなかキリスト教民主同盟が、健康大臣、連立政権を説得して妥協案のもとで導入にこぎつけた。

支出を抑えるために、①給付額の上限を設定する、②介護認定はMDKメディカルサービスが担うこととする。MDKは介護給付機関であり、介護給付機関が認定することで、認定や介護給付の厳格さが期待できるため、支出を抑えられる、③介護の定義を狭くする。介護の定義は身体介護を主とし、認知症介護を限定的な給付とするなどの制度設計となった。こうして、1990年代末から認知症対策の必要性が議論されていたにもかかわらず、認知症も身体介護で対応できるという理由をつけて、介護保険の介護概念に認知症を含まない、という方針の下で制度が始まった。

ところが、選挙のたびに、認知症の問題は社会問題として認識され、国民から認知症対策が強く要求された。こうした1998年のシュレーダー政権の時代に転機が訪れる。シュレーダー政権体制のもとで、このままでは良くないということになった。シュレーダーは、現状に目を向けた改革が必要であるとして、認知症介護の政策に目を向けはじめた。シュレーダー政権の連立政権では、連立を組む緑の党の大臣が特に認知症介護政策に力を入れた。その結果、2003年と2008年の介護保険改革で、認知症給付が拡充されることになった。

しかし、追加の給付だけでは十分ではない。2006年から認知症介護を充実するために「介護の定義」、「介護の概念」の見直しが議論されてきた。しかし、すぐに見直しは行われず、「介護」定義の見直しの運用までに10年の歳月を経て、ようやく2017年介護強化法Ⅱの施行に至った。この間、政権交代があり、2009年から2013年までの間に議論が進まなかったが、ようやく2015年法案が成立し、2017年に施行された。こうして、1990年末の介護保険導入時に妥協した「介護」の定義は、見直しまでに20年の歳月を経てようやく実現に至った。実に長い歴史であった。

2.1.2 介護保険導入当初からの課題

介護保険導入時の制度設計は、2つの大きな課題を含むものとなった。1つ目は、介護保険導入時の妥協案である「介護」定義の狭さが、認知症介護にとって十分なものではないことである。認知症対策については、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。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。たとえば、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に相当するが、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とどまる。このように、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きた。

2つ目の課題は、介護給付費を抑制するための制度設計が、社会扶助に頼らないと介護費用を払えない社会扶助の受給者を増やしたことである。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。介護報酬は法律で上限があるために、介護費用が高額になると、介護報酬の上限を超えた額は要介護者自身の負担になる。近年、介護費用が高くなっているために、保険者が保険で給付されるサービスは以前よりもかなり減っているが、そのぶん部分保険で賄えない介護費用の利用者負担は増えており、介護を原因とする経済的困窮が指摘されている。

これに伴い、社会扶助の受給者も増加している。もともと社会扶助費の削減をめざして介護保険が導入されたが、社会扶助費が増えるという、相反する結果を招いた。表1に示すように、1995年の介護保険開始まで増え続けていた社会扶助の受給額は、1996年から2009年にかけて減少傾向にあったが、2010年以降は再び増加に転じ、2016年には317（百万ユーロ）に達した。こうしたなか、低所得者層が生活保護に換算されない介護保険の現金給付を選択する傾向がみられ、特に低所得者層が多い移住者は、現金給付を受給する者が多い。

そこで、社会扶助を減らすために介護保険を完全保険にして、必要な財源を介護保険料の引き上げで確保するという案が出されている。中間解決策として

は、自己負担額の上限を決め、不足分は介護保険で補うことである。これを進めて、自己負担額を徐々に減少していけば、最終的に介護保険が完全保険になることは可能、という提案である。

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・保険料給付額の内訳をみると、介護に関する生涯の自己負担額では、施設は在宅の約6倍になる。これは、ブレーメン大学社会政策センターのハインツ・ロートガング教授を中心とする研究チームが、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結果によるものである。施設と在宅では、施設のほうが、自己負担額が非常に重くなる傾向にある。

表2は、連邦統計庁の統計データによる施設介護の月単位の介護費用に対する保険給付額と自己負担額の推移を示したものである²⁾。介護等級が高いほど、年々自己負担額が重くなる傾向にある。ドイツでは在宅介護者にかぎって、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などで24時間体制の介護が必要になった段階で、施設介護が選択されるケースが多い。

表1 ドイツにおける社会扶助の給付額の推移

(単位:百万ユーロ)

年	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
給付額	162	191	218	250	254	267	255	228	230	230
年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
給付額	233	239	247	256	263	199	205	211	220	230
年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
給付額	239	250	263	274	290	303	317	257		

資料: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflegeより作成。

表2 介護費用の負担額内訳

	介護等級	介護費用	居住費・食費	設備投資費	施設費用計	保険給付額	介護費用の自己負担分	自己負担合計額
1999	I	1156	548	355	2059	1023	133	1036
	II	1521	548	355	2424	1279	242	1145
	III	1977	548	355	2880	1432	545	1448
2001	I	1186	578	362	2126	1023	163	1103
	II	1582	578	362	2522	1279	303	1243
	III	2008	578	362	2948	1432	576	1516
2003	I	1247	578	369	2194	1023	224	1171
	II	1673	578	369	2620	1279	394	1341
	III	2099	578	369	3046	1432	667	1614
2005	I	1277	578	376	2231	1023	254	1208
	II	1702	578	376	2656	1279	423	1377
	III	2128	578	376	3082	1432	696	1650
2007	I	1307	608	383	2298	1023	284	1275
	II	1733	608	383	2724	1279	454	1445
	III	2158	608	383	3149	1432	726	1717
2009	I	1362	617	391	2370	1023	339	1347
	II	1792	617	391	2800	1279	513	1521
	III	2249	617	391	3257	1470	779	1787
2011	I	1369	629	398	2396	1023	346	1373
	II	1811	629	398	2838	1279	532	1559
	III	2278	629	398	3305	1510	768	1795
2013	I	1414	651	406	2471	1023	391	1448
	II	1875	651	406	2933	1279	596	1654
	III	2365	651	406	3423	1550	815	1873

注：施設費用計は、介護費用、居住費、設備投資費の計である。介護費用の自己負担分は、介護費用と保険給付額の差額である。

自己負担合計額は、施設費用計と保険給付額の差額である。

資料：BRMER介護レポート2015より作成。

2.2 介護保険の改革によって目指す方向性

2.2.1 介護保険の改革の方向性

ドイツの介護保険の改革は、介護保険導入時の妥協案により生じている課題への対処を目指すものである。介護給付の拡充、特に認知症患者に対する給付の改善のために、「介護」の定義を見直し、介護給付の拡充に対応するために保険料の引き上げを決めたことや、介護費用の自己負担額の重さを理由とする社会扶助の受給を減らすために、施設介護の報酬体系を見直すなどの改革が展開された。

2008年以降始まったドイツの介護保険の改革は次のようである。2008年の介護改革は、「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）によるもので、在宅介護の支援施策であった。2013年には給付の改善を目的に「

介護新調整法」(Pflege-Neuausrichtungsgesetz)が実施され、認知症患者を対象とする介護等級0の要介護者に対する給付が導入された。2014年には「第一次介護強化法」(Erstes Pflegestärkungsgesetz)が、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)が制定され、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。また、2015年には、要介護状態の見直しを意図した「第2次介護強化法」(Zweites Pflegestärkungsgesetz)が制定され、介護給付の拡充、特に認知症患者に対する給付の改善が図られた。2017年1月1日には、地域での介護サービスの充実および介護相談の拡充等を目的とする「第3次介護強化法」(Drittes Pflegestärkungsgesetz)が施行された。これら一連の改革は、介護保険導入時に対象から外れた認知症の要介護者や軽度者をも介護保険に取り込む改革である。この点がわが国の改革の方向とは異なる。ドイツの改革は介護給付を拡充しているが、日本は介護給付の削減を目指している。

2.2.2 新・要介護の概念

これまでは、身体的、知的、精神的疾患による障がいのために、ごく普通に繰り返される日常生活上の事柄において、身体介護、栄養摂取、移動、家事援助の領域で、継続的に援助を必要とする者が要介護者とされてきた。そして、一日に平均90分(内45分は身体介護)の支援の必要がある者が介護等級Ⅰ、3時間(内2時間は身体介護)が介護等級Ⅱ、5時間(内4時間は身体介護)が介護等級Ⅲというように、支援に必要な時間を基準に、要介護認定が行われてきた。しかし、認知症や精神疾患患者に必要である特別なニーズは、これまでの要介護認定では十分に介護の必要性が反映されないことが、介護保険導入当初から指摘されていた。

第2次介護強化法において、2017年から始まる新しい要介護認定基準では、

分刻みの支援時間ではなく、「自立度」を重視することになった。身体機能の低下、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。自力での日常生活の自立度や自立度を高めるために、どのような支援が必要かという視点が重視される。

2.3 介護保険の改革内容

2.3.1 「第1次介護強化法」：2015年1月1日発効

①支給額の増額

法律（介護保険法30条）によって、介護保険の支給額は3年に一度見直される。過去3年間の報酬の実績に合わせて、介護保険の支給額は2015年1月、4%上昇した。その2年間に介護新調整法（Pflege-Neuausrichtungsgesetz）によって引き上げられていた支給については、2.67パーセントの増額となった。

②認知症患者の請求権の拡張

介護等級0で日常能力に支障がある者は、介護新調整法導入により、介護保険の一部の支給を受けられるようになっていた。2015年からは、被保険者が短期介護と通所介護（デイケア、ナイトケア）も受けられるようになった。また、グループホーム新設とグループホーム手当も介護等級0の被保険者に適用されるようになることで、認知症患者は介護等級I以上の被保険者と同じだけの訪問介護の支給を受けることができるようになった。

③施設介護

介護施設に年間10億ユーロ支給することにより、ケアスタッフ（介護士ではない）を2万5千人から4万5千人に増員する。また、これら「日常サポーター Alltagsbegleiter」は認知症患者のみならず、施設を利用するすべての要介護者が利用できるようにする。

④訪問介護の支給額改善

代理介護や短期介護の組み合わせの改善、デイケア・ナイトケア利用に関する新规定、追加のケアサービス、自宅改修工事と補助具・補装具の支給強化などにより、要介護者が恩恵を受けるだけでなく、介護する家族それぞれの時

間や経済面のニーズに合った介護を調整しやすくした。

⑤保険料引き上げ

支給額の増額による24億ユーロの支出増は、保険料率の0.3%の引き上げによって賄われる。保険料引き上げにより36億ユーロの収入増が見込まれるが、支出分を差し引いた12億ユーロは、介護準備基金にまわされ、ベビーブーム世代が要介護状態となる2036年時点にも保険料を引き上げずに運用できるように備える。

⑥介護準備基金

2015年1月に導入された同基金は、介護保険を持続的に保障するために導入された。2015年1月1日からは介護保険料の0.1%が基金にまわされ、その金額は12億ユーロとなる。2035年まで積み立てられる資金は、20年間にわたって介護保険に還元される。基金の目的は、2036年以降の保険料率の引き上げを抑えることにある。

2.3.2 第2次介護強化法：2016年1月1日発効

①背景

要介護の新定義導入が十年間にわたって先延ばしにされ、第1次介護強化法でも取り上げられなかったが、多数の研究やモデルプロジェクトが試行された結果、CPUとSPDの連立政権は2015年8月15日、第2次介護強化法案を可決した。同法は2016年1月1日に発効されたが、査定機関であるMDK、介護サービス事業所や介護施設がその運用を試行できるよう、一年間の準備期間を設けた。改革の骨子は、新しい要介護概念の査定のための新しいシステムの導入である。これまでの査定は身体面の支障に焦点を当てており、増加する認知症患者にとって、満足のいく解決策ではなかったという反省がその動機である。

②介護認定

第2次介護強化法が施行され、2009年に導入された59の評価基準から成る介護施設の評価システム（Pflegenoten）が、新しい「介護度」に移行した。これはドイツに12万ある介護施設を、サービスの結果の質によって評価し、比較

するものである。

③給付

介護度が5段階になり、介護度1が新しく導入された。これは、日常生活にわずかの支障のある者、身体面ではほぼ自立した生活を送ることができる者を対象とする。

④介護施設における自己負担

介護施設の費用には、介護費用とホテルコスト（居住費・食費）、設備投資費の3種の費用が含まれる。介護保険から支給されるのは介護費用の一部である。その差額が自己負担となるが、要介護度の上昇とともに自己負担額も高くなっていった。第2次介護強化法により、ひとつの施設に入所する要介護者は、要介護度に関わらず同じ自己負担額になった。すなわち、介護度の低い入所者が、高い入所者のコストを負担し、コストを調整するという「利用者間調整の仕組み」が導入されることになった。自己負担額は施設ごとに異なるが、施設内では介護度に関わらず統一された。健康省は、自己負担額を全国平均で月588ユーロと試算している。

⑤新・給付体系

これまで要介護認定を受けていた者については、身体要介護者の場合は1段階上の介護度に、日常生活に支障のある（認知症患者など）場合は2段階上の要介護度に移行する。施設入所も同じく、新制度のもので自己負担が高くなった場合には、その差額を介護保険が負担する。

⑥財源

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³⁾。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、「介護準備基金」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⁴⁾。

2.3.3 第3次介護強化法：2018年12月26日施行

第3次介護強化法は、他の社会制度との兼ね合いとして、障がいがあり、統合扶助の対象となる者と介護保険との兼ね合いを具体化した。また、地域の介護相談を拡充した。介護保険による地域の供給の強化として、市町村の供給計画に介護保険が参画することで、経済的な理由のみによる介護供給不足を防止する。財源面では、第3次介護強化法によるコストは出ていない。連邦健康省によれば、第2介護強化法により、連邦、州、市町村は年間3.3億ユーロ（後には2.3億）の負担軽減となった。一方、公的介護保険は年間1000万ユーロまでの支出の増加があるとされる⁵⁾。

2.3.4 介護概念の変化

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」が変わった。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 Begutachungsassessment)

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・時間的感覚、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行動および心理状態	運動動作上の不穏な行動、夜間覚醒、自傷・攻撃的行動、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。

2.3.5 新・給付対象

2016年に要介護の認定を受けている約275万人（表4）は、申請なしで自動的に新介護度に移行された。身体機能に支障がある人は自動的に、1段階上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1段階上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（表5）。

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、新たに認知症を中心に最大50万人が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に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。

表4 公的介護保険受給者数の推移

	在宅	施設	合計
1995	1,061,418	—	1,061,418
1996	1,162,184	384562	1,546,746
1997	1,197,677	462271	1,659,948
1998	1,226,715	511403	1,738,118
1999	1,280,379	545983	1,826,362
2000	1,260,825	561344	1,822,169
2001	1,261,667	577935	1,839,602
2002	1,289,152	599817	1,888,969
2003	1,281,398	614019	1,895,417
2004	1,296,811	628892	1,925,703
2005	1,309,506	642447	1,951,953
2006	1,310,473	658919	1,969,392
2007	1,358,201	671084	2,029,285
2008	1,432,534	680951	2,113,485
2009	1,537,574	697647	2,235,221
2010	1,577,844	709,955	2,287,799
2011	1,600,554	714,882	2,315,436
2012	1,667,108	729,546	2,396,654
2013	1,739,337	740,253	2,479,590
2014	1,818,052	750,884	2,568,936
2015	1,907,095	758,014	2,665,109
2016	1,974,197	775,004	2,749,201
2017	2,560,979	778,200	3,339,179
2018	2,905,325	780,064	3,685,389

出所：Bundesministerium für Gesundheitより作成。

表5 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

注：EA(身体的に障害のない認知症)、H(重篤)

2.3.6 新・給付体系

改革によって、総じて給付は手厚くなった(表6、7、8)。たとえば、2017年までは「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であったが、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ユーロとなるため、「要介護度1」にとって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、軽度の介護度の給付が引き下げられ、重度の介護度での給付の引き上げとなる。

このように、介護保険の改革は、認知症や現金給付の引き上げ幅の大きさに見られるように、認知症の人とその家族への支援強化の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6 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	1298	1612	1995
施設介護給付額	125	770	1262	1775	2005
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7 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年版改訂より作成。

表8 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		
1(認知症)		3	1,262
2	1,330		
2(認知症)		4	1,775
3	1,612		
3(認知症)		5	2,005
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。

2.4. 改革に伴う財源

連邦議会は2018年11月29日、「社会法典11巻第11改正法－保険料調整」を可決し、介護の改善にかかる費用を賄うための保険料率の0.5パーセントポイントの引き上げを決定した。これにより、保険料率は2019年1月1日より3.05パーセントに引き上げられた。保険料率引き上げの理由は以下のとおりである。

①介護保険給付は大幅に拡大された。特に認知症患者はその恩恵を受けている。2017年には、2013年末比で要介護者数は70万人増加した。公的介護保険の支出は2013年から2017年までに120億ユーロ増と、予想以上に増加し355億ユーロとなった。これは、シュレーダー政権下の介護改革の成功であるが、介護保険の損失を解消するためには、2019年に0.3パーセントポイントの保険料の引き上げが必要である。

②将来予測によればドイツには1万人の介護士の増加が必要になる。この需要に応じるためには、介護職を魅力的にすること、介護士の賃金の引き上げ、外国人介護士の受け入れが必要であり、政府も対策を進める。2018年8月、連邦政府は介護人材改善の第一段階として「介護緊急計画」を可決した。これにより、2019年1月から、介護施設では1万3千人の介護職の新規採用が可能になった。病院の介護士と看護師の増員は今後、健康保険の財源から賄われる。また、看護職の賃金引き上げも2018年に遡り認められる。また、介護職の労働条件を改善するために、業務の効率化が提案され、社会制度の検討委員と介護業界の代表により、具体策が短期間に提出される見通しである。

さらに、介護職業学校の学費も廃止し、若年者が介護の資格を取得しやすいようにする。これらのコストを要介護者だけで負担するのは正当でないため、保険料率をさらに0.2パーセンテージポイント引き上げることになった。保険料率の0.5パーセントポイントの引き上げは、介護保険収入の76億ユーロの増加となり、2022年までの保険料の安定化が保証されることになる⁶⁾。

2.5 介護保険の改革の成果・影響

2.5.1 介護保険改革後の影響予測①

2017年以降の介護保険改革によって、以下の影響が期待された⁷⁾。

- ・重度の要介護者の経済的負担が最も重いという社会政策上の不公平が是正される。
- ・利用者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は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。
- ・施設利用者は要介護度ごとに、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。介護等級Ⅲの施設入所者は、改革によって自己負担額が減少し、家族等の経済的負担の軽減も期待できる。一方、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起こり得るが、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次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。また、現行の要介護者には、給付内容の改善を意味する。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度に移行する⁸⁾。

2.5.2 第3次介護強化法の影響

第3次介護強化法による介護相談への影響は以下のようなものである⁹⁾。

- ・人口の15%は何らかの理由で社会参加ができない
- ・介護、医療などさまざまな支援サービスがあるが、互いに連携していないのが問題である。
- ・介護相談は中核的な支援である。

- ・要介護者の相談の大半は、介護保険法によって定められる、介護拠点（Pflegestützpunkte）によるものである。
- ・各相談所でサービスに大きな差がある。
- ・介護相談所（Pflegestützpunkt）は全国でわずかに422か所である。しかも地域との連携は不十分である
- ・2016年の介護講習の参加者は、主な家族介護者の9%のみである。介護講習の実施機関は訪問介護事業所の29%にすぎない。
- ・第3介護保険法によって介護相談（Pflegestützpunkt）を充実させる。
- ・また、社会扶助運営主体である市町村が、介護相談と介護講習開催の実施責任者になるモデルプロジェクトを試行する予定である¹⁰⁾。

3. 介護の家族支援策の変化

介護保険の改革によって、介護している親族に対する支援はどのように変化したのか、その結果、介護している親族の介護負担、経済的問題等にどのような変化がみられるのかについて、現地調査の結果をもとに述べる。

3.1 認知症の要介護者と家族介護

3.1.1 認知症の要介護者の変化

介護強化法で介護の概念が変わり、認定基準が介護に要する時間ではなく、自立度が変わったことで、これまで要介護の対象にならなかった認知症の人が要介護認定を受けやすくなった。2017年1月に新査定基準導入後、介護保険受給者は前年比で34万人増加しているが、特に介護度1が24万人と一番多い。介護度1では月額125ユーロで、日常生活支援や家事援助などのサービスを受けることができる。しかし、事業所にサービス利用を申し込んでも、介護保険サービスの提供事業者は人材不足などで断られるケースが多い。

3.1.2 介護する家族の危機

介護する家族の状況を、法的介護保険BARMERの2018年度の介護レポートより見てみよう¹¹⁾。レポートのテーマは「介護家族」である。ブレーメン大学の不平等と社会政策研究所SOCIUMが、BARMERに加盟する介護家族1900人を対象に調査を行った結果である。11月8日に発表された報告書によれば、ドイツの介護危機は、専門職の不足によるものだけではない。家族介護者250万人のうち、18万5千人は家族の介護をやめる寸前にある。このなかで16万4千人(6.6%)はさらなる支援がなければ続けられず、1%はこれ以上続ける意思がないと報告されている。

介護する家族の就労率はわずか3分の1で、4人に1人は介護のために短時間労働にするか、離職に至っている。また介護する家族の約半数は、一日12時間以上の介護を行う。回答者の60%は介護サービスの支援を希望するが、その半数は、長期的に介護を代理してくれる介護人がいない。家族による介護を支援する制度である、ショートステイ、デイケア、訪問介護、家事援助などのサービス利用者は、介護サービスに比較的満足している。これら以外に、介護する家族の立場からは、介護サービスの手続きの簡易化やどのような介護サービスがあるの情報を得たいという希望が挙げられている。

3.2 家族介護支援センター：

Diakonie Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V. Fachstelle für pflegende Angehörige

3.2.1 概要

Frank Schumann(シューマン)：所長、看護師に話を聞いた。センターは、デ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が隣接する。職員は所長とパートタイマー1人の2名体制である。財源はすべてベルリン州政府であり、国内ではベルリン州のみにある。

ベルリン州は介護する家族の支援は進んでいる。政府は家族介護なしに介護

が成り立たないことを知っている。また、介護する家族に対する支援のニーズがあることも認識していることが、会の設立につながった。センターは、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、認知症の人とその家族のための政策提言を行う。家族が介護することを社会的に評価するためのキャンペーンを開催する（1週間）。センターの広報は、区役所の冊子、薬局の無料新聞、開業医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などである。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る、病院の退院支援、介護ボランティアセンターとの連携、介護相談所に関する普及（2万部/年間）も行っている。

3.2.2 介護する家族の現状

センターが把握している介護する家族の状況は次のとおりである。

- ・現物給付を利用しない家族介護のみの家族に対する支援広がる。現金給付は増えた。
- ・2015年介護強化法（Ⅰ、Ⅱ）で組み合わせの柔軟性がひろがる。
- ・課題は、いまだに支援の内容を知らない人が多いことである。介護サービスを利用できるのに、介護を他人にゆだねることへの家族の抵抗、信頼できる人に介護してもらいたい等、家族に迷いがある
- ・介護保険の利用に結びつけるための対策として、高齢者は病院や薬局へは絶対行くので、高齢者と接する医師、薬剤師に働きかけて、介護につなげてもらうプロジェクトを進めている。介護大臣から、医師会、薬局連盟に働きかけてもらう予定である。

3.2.3 介護保険改革と家族の介護負担、経済的負担の変化

要介護者に対する捉え方が変わった。改革後は認知症、コミュニケーションの問題も含めて審査の対象になった。介護概念がひろがった。認知症の家族の負担は大きく軽減された。例えば、初期の認知症の介護が受けられる。家族の

介護支援が充実し負担が少なくなった。家族の経済的負担が少なくなった。介護家族のための要求として、代理介護、短期入所は可能、通所介護プラス現金給付も可能で、これらの全額から選べるようになる。介護する家族が抱える問題は、情報不足、健康問題（病気の人の割合が多い、循環器、整形、メンタル）があり、予防が重要である。孤立する傾向（介護と仕事の両立がうまくいっていない）もある。

3.3 介護相談所 (Pflegestützpunkt) PFLEGESTÜTZPUNKTE BERLIN

Andrea Didszun（ソーシャルワーカー）に話を聞いた。

3.3.1 概要

介護相談所は、Pflegestützpunkt（介護支援拠点）と呼ばれ、法定介護保険加入者に対して、介護全般にわたって相談にのるセンターである。日本の地域包括支援センターに該当するが、日本とは異なり介護のみを専門とする。ケアマネジャーがいるわけでもなく、しかもその数は全国で400カ所超と、日本の地域包括支援センターとは規模も機能も比較にならない。しかし、介護が必要になった場合、まずは相談できる窓口であり、ベルリンだけで30カ所ほどある。介護以外にも、その他のサービスの紹介、家族する家族の負担軽減の支援、介護扶助の申請などの相談にも応じている¹²⁾。

・相談所の法的根拠：介護保険法7条c項（介護が必要な人以外も相談できる）
介護保険法7条a項（介護金庫による介護相談、要介護者、介護が必要な人、介護そのものが相談内容）

a項とc項の違いは、介護が相談内容か、介護以外の相談もできるか

・事業開始：ベルリンは10年前から、2008年介護関連再発展法、1988年から州政府の補助金で高齢者の相談コーディネート事業があり、これを引き継ぐ形で、介護相談所ができた。

・相談件数、1相談所で、電話、来所等をあわせて年間3200人のクライアントがいる

週間スケジュール：週2日は相談所での介護相談、その他は家庭訪問、研修等

・財源：介護保険が3分の2、州政府が3分の1)、州の財源が投入されているのは、自治体も支援しているということ)

・州政府からの委託：2018年の委託費は、28万€（スタッフ3.5人分の委託費で、4人勤務、4.25人分で5人勤務）

・組織の運営主体：公益有限会社

3.3.2 介護保険の改革と業務内容の変化

現金給付と認知症の介護サービス給付は拡充するなど、認知症と家族支援は強化されたが、家事援助は縮小された。介護改革で、家事援助の条項が消えた。家事援助を給付する根拠がなくなったので州ごとに対応が異なる。家事ができなくなると、ボランティアや民間会社を活用する。介護が必要になる場合に最初にできなくなるのが家事であるが、家事が対象外になったので、これらの人がどのような支援を受けられるかが課題である。例えば、要介護1なら125€で負担軽減給付のために家事援助が可能であるが、家事援助が必要な人は区分によって違う。掃除ができないなどで、介護度をつけてほしいという相談が多いが、介護ないので失望する。

また、介護保険改革でサービスの組み合わせが複雑になった。代理介護と短期介護の組み合わせでは、短期介護からはじめねばならず、代理介護から始めることは認められない。介護認定審査も複雑になった。「時間」の審査から「自立度」が基本になった。領域ごとに評価する。評価の配分も分かりにくい。一般の人は理解ができない。

介護改革で良くなった点は、介護概念が変わって、認知症への配慮がフェアになったことである。精神症状、ひきこもり、こどもの介護などが対等な審査ができるようになった。

3.4 ドイツアルツハイマー協会：Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. - Selbsthilfe Demenz

Ms. Sabine Jansen：ドイツアルツハイマー協会（事務局長）に話を聞いた。

3.4.1 団体の概要

本部ベルリンで地方に130の協会支部がある。本部の活動内容は、地方のグループリーダー研修、電話相談、メール相談、冊子資料、広報活動、家族の会広報、ボランティアの提供、国家レベルでのキャンペーンの企画、認知症サポーター養成などである。会員数は1万5000人～2万人である。組織としての今後の活動は、オレンジプラン推進（デイメンティアパートナーの育成、国家戦略）や、移民高齢化対策（移民の高齢化により認知症になっても情報が行き届かない。移民のホームページを作成し、情報提供）などである。

3.4.2 認知症の人とその家族の支援、家族の困難

重度の認知症の人は、認知症専門の施設があるが少ない。家族介護が多い。通所介護などでも「重度者は連れて帰って下さい」といわれることがある。家族からの相談内容は、家族の精神的変化や24時間介護の大変さなどがある。一人で介護を背負い込むケースが多い。遠距離介護の課題を抱える者も多い。遠くでどうやって介護をするかなど困っている人が多い。

3.4.3 介護改革に対する意見、要望等

・新しい認定で認知症の人には良くなった。身体機能に加え認知機能も考慮されるようになった。介護給付や現金給付も増えたが、介護サービスの供給が十分でない。現金給付をもらえる家族が増えた。ランクが上がり給付額も増えた。家族のための年金も改善されたが、介護事業所は介護士不足で介護サービスの料金が高くなっている。

4. 介護政策の転換によって見えてきた成果、課題

4.1 介護保険改革後の運用の実態

表9には、介護度別在宅・入所施設別の受給者数を示している。在宅介護の受給者数は、2016年に1,974,197人、2017年には2,522,066人に増加した。その

一方で入所施設介護の受給者数は、2016年に775,004人、2017年には62,5521人に減少しており、在宅介護を選択する人が増えている。介護度別に最も受給者の割合が多いのは、在宅では、2016年には介護度Ⅰは全体の介護受給者の64.5%、2017年には介護度Ⅱが50.3%であった。施設では、2016年には介護度Ⅰが43.7%であったが、2017年には介護度Ⅲが31.0%であり、受給者の介護度が上がっている。

表9 介護度別公的介護保険受給者

介護度	2016		介護度	2017	
	在宅	入所施設		在宅	入所施設
Ⅰ	1,274,300 (64.5%)	338,720 (43.7%)	1	16,3081 (6.5%)	4,125 (0.5%)
Ⅱ	546,027 (27.7%)	290,064 (37.4%)	2	1,269,170 (50.3%)	186,850 (23.9%)
Ⅲ	153,870 (7.8%)	146,220 (18.9%)	3	695,620 (27.6%)	240,933 (31.0%)
重度	3,204 (2.1%)	7,482 (5.1%)	4	285,356 (11.3%)	224,160 (28.7%)
	-	-	5	108,889 (4.3%)	123,865 (15.9%)
計	1,974,197	775,004	計	2,522,066	625,521

注:2016年、2017年とも12月31日

資料: Bundesministerium für Gesundheit 2018より作成.

表10には介護保険の支出額と受給者数に見る「現金給付と現物給付の割合」を示している。2016年には支出額は64対36で、受給者数は80対20であったが、介護強化法が始まった2017年には支出額は69対31で、受給者数は82対18であり、支出額と受給者数ともに現金給付の比率が上がっている。

表10 現金給付と現物給付の割合（支出額・受給者数）

	支出額	受給者数
1995	82・18	88・12
1996	74・26	85・15
2000	65・35	80・20
2005	63・37	80・20
2006	62・38	79・21
2007	62・38	79・21
2008	62・38	79・21
2009	62・38	79・21
2010	62・38	78・22
2011	61・39	79・21
2012	62・38	80・20
2013	63・37	80・20
2014	63・37	80・20
2015	64・36	80・20
2016	64・36	80・20
2017	69・31	82・18

資料：Bundesministerium für Gesundheit 2018より作成。

表11は公的介護保険の財政状況の推移を示している。介護保険の財政状況は、2001年には赤字であったが、2016年まで黒字を維持してきた。2017年には赤字に転落したが、表11のとおり、現金給付と現物給付の両方の支出が増えていることが、赤字転落につながっているといえる。すべての項目の支出は増える傾向にあるが、特に現金給付の支出額の伸びは著しい。

表11 公的介護保険の財政状況の推移 (単位: 10億ユーロ)

	2001	2011	2013	2014	2015	2016	2017
収入							
保険金収入	16.56	22.13	24.86	25.83	30.61	31.96	36.04
その他の収入	0.25	0.11	0.09	0.08	0.08	0.07	0.06
収入総額	16.80	22.24	24.96	25.91	30.69	32.03	36.10
支出							
給付による支出	16.03	20.89	23.17	24.24	26.64	28.29	35.54
(内訳) 現金給付	4.11	4.74	5.69	5.94	6.46	6.84	9.99
現物給付	2.29	2.98	3.37	3.56	3.70	3.83	4.50
代理介護(介護休暇)	0.11	0.44	0.59	0.68	0.88	1.05	1.12
デイケア・ナイトケア	0.07	0.21	0.28	0.31	0.41	0.52	0.68
追加的世話給付	0.00	0.33	0.44	0.48	0.68	1.01	1.23
短期介護(ショートステイ)	0.15	0.35	0.41	0.43	0.50	0.57	0.60
介護者の社会保障	0.98	0.87	0.88	0.94	0.96	0.99	1.54
補助具・補装具	0.31	0.34	0.44	0.53	0.76	0.81	0.88
入所施設介護	7.75	9.71	10.06	10.26	10.74	10.91	13.00
障がい者入所施設の介護	0.21	0.26	0.26	0.27	0.28	0.29	0.40
介護相談	0.00	0.08	0.07	0.08	0.09	0.09	0.09
その他給付	0.04	0.06	0.11	0.12	0.14	0.16	0.2
MDKの半額負担	0.25	0.32	0.36	0.37	0.37	0.39	0.42
管理運営費	0.57	0.71	0.79	0.84	0.89	1.02	1.36
介護準備基金への支払い	0.00	0.00	0.00	0.00	1.10	1.29	1.36
その他	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
支出総額	16.87	21.93	24.33	25.45	29.01	31.00	38.52
収支黒字額		0.31	0.63	0.46	1.68	1.03	
収支赤字額	0.06						2.42
参考: 介護準備基金の資産額					1.09	2.44	3.83

資料: Bundesministerium für Gesundheit 2018より作成。

4.2 介護保険の改革による成果・課題

4.2.1 成果

介護レポート2018 (BARMER著 プレーメン大学不平等と社会政策研究センター SOCIUM、健康・介護・老後の保障課) では、以下のように指摘している¹³⁾。

- ・介護改革によるドイツの公的介護保険の赤字は2017年度で42.5億ユーロ、2018年以降も30億ユーロ以上が予測される。法律で定められた最低限の準備金を確保するためには、今政権期間中に保険料引き上げが必須である。
- ・社会扶助運営主体は要介護の定義の拡大と第3介護強化法により、支出の増大を危惧していた。結果的には、「介護扶助」の支出は減少している。
- ・在宅介護の給付がすべての要介護者にとって上昇したにもかかわらず、施設介護における効果は顕著でない。自己負担額は最終的に増加している (2018年第2四半期で全国平均602ユーロ)。
- ・介護保険の給付支出額で最も増えているのが介護金 (現金給付) の支給、次

いで施設介護である。受給者数を分析した場合、増加しているのは介護金、コンビ給付、代理介護、ナイトケアである。現物給付は減少しているが、コンビ給付は増加している。すなわち、施設介護から在宅介護給付への移行（介護金、サービス給付とコンビ給付の受給者は7.5%増、施設介護は変化なし）がみられ、第2介護強化法により在宅介護が恩恵を得ていることが明らかである。

・在宅介護をみると、公式の介護（サービス給付）よりもインフォーマル介護（介護金46%増）が増加している。これは給付が増加したことで、介護家族はこれまでの介護を続けながら、コンビ給付を選択し、余った分を現金で払い受けるようになったためである。家族介護にあまり変化がみられないのは、介護サービス事業所の介護材不足のために、サービス利用の申込みがあっても、十分にサービス提供ができないという事情がある。

・新制度で新たに要介護認定を受けたケースの分析はまだできないが、認定却下の件数は在宅介護で13.1から11.4パーセントに、施設介護では11.4から1.5%に減っている。要介護度でみれば、施設介護については、改革以前はすべての要介護度の申請に差がなかったが、新制度では、重度の要介護度の申請が増えている。これは、制度改革の成果といえる。介護度2と3の要介護者にとって、施設介護費の自己負担費用は在宅介護よりもはるかに高くなった。一方、介護度4と5については、施設介護の方が在宅介護よりも自己負担は低い。今後、重度の要介護者の施設介護の希望が増えると思われる。

・介護家族の負担軽減には、介護期間法やサービス給付の日常支援サービスへの転換など、さまざまな対策がある。介護期間法による介護支援手当の給付や介護休暇はほとんど利用されていないに等しい。（2017年で介護支援手当を利用した人は計2533人）。無利子のクレジットもほとんど利用されていない。日常支援サービスは、サービス給付の40%を介護家族の負担軽減のために利用できる制度であるが、新しい制度であり、まだほとんど利用されていない。唯一機能しているのは、年金保険への介護者の支払いであるが、これは介護期間中の介護者の負担軽減にはならない¹⁴⁾。

4.2.2 介護強化法Ⅱ以降の課題

介護給付費は2016年と17年で25%増えた。要介護者数も増えた。要介護1も対象になった（50万人）。また、それまでの認定者の介護度を1ランクずつ引き上げたことで、支出の増加につながった。その結果、保険料も改革前の2%から改革後3.05%に上昇した。つまり、新たな認定者の増加だけでなく、すでに認定されている人など、あらゆる人に配慮したため、介護保険の支出は増加した。

1993年から2008年までは介護給付費を調整してこなかった。しかし、この間、インフレ、人件費が上昇するなどして、事業所の運営は厳しくなり、事業所の撤退が進んだ。また、施設の介護の質も低下した。20年間で施設の介護の価値が四分の一下がった。施設介護は、居住費と食費は自己負担、介護費用の自己負担は導入時に0だったが、現在は、600～700€になった。改革は、施設介護に対しては何も改善をもたらしていない。

介護家族の負担軽減については、在宅での家族を支援するサービスは、うまく機能していない。家族の50%は完全に介護サービスを受けていない。現金給付の125ユーロは使われていない。サービスを知らない人がいる。失望している。自分が使える資源、制度を知らない。低所得者は、給付が収入の一部になっている。現金給付を使い、東欧からの24時間介護の住み込みを雇う。介護金で賄う。施設介護を阻止するために現金給付もある。

介護専門職不足はやはり深刻でその影響として、施設によっては介護度2でも保険が入所を認めないケース、在宅介護に至っては、(特に地方部では) サービスを断られるケースが増えている。この結果、介護する家族（現在でも介護の9割を家族が担っている）の負担が更に増え、虐待（暴力）に至るケースもある。

5. まとめ

ドイツでは介護強化法が2017年1月1日から施行され、要介護概念の新たな

定義づけが行われることによって、制度導入後はじめての介護保険の抜本的な改革が実現されることになった。介護区分は5段階、部分保険から完全保険への段階的な引き上げ、財源面で税の投入の検討と保険料の引き上げも検討されるなか、財政規律が守られてきたドイツの介護保険が大きく揺らぐのではないかと懸念がある。一方日本では、介護保険給付費が膨張し、制度の持続性が危ぶまれるなか、給付の対象を「重度者に限定する」など、介護費の削減が議論となっている。このように、ドイツは日本に、日本はドイツに近づく制度改革が進んでいる。しかし、ドイツも日本もそれぞれに抱える介護保険の課題がある。お互いに、それぞれの国が抱える介護保険の現状と課題を見極めながら、自分たちはどのような選択をするかをお互いに学び合うことが必要であろう。

またドイツは家族の支援策も強化した。在宅優先、認知症など重度の要介護者が増えても、家族介護を中心に据えるという介護保険の理念がベースにあるからだ。それによって、現金給付の受給は増えたが、現金給付を使ってサービスを利用するための社会的サービスの供給が十分でなく、家族が必要とするサービスを十分に利用できないなど、家族の介護負担の軽減は十分でない。その背景には、介護人材不足があり、介護サービス事業所にスタッフが充足できず、サービス供給が十分できないという実態がある。また、施設利用の自己負担額を軽減し、入所施設の利用による貧困を防いでおり、社会的扶助の受給者は減少しつつある。在宅介護の重視の継続のなかで、外国人ヘルパーの活用は増える傾向にある。このような現金給付の導入については日本でも徐々に議論となりつつある。

ドイツも日本も「介護非常事態」にあるといえる。両国ともに介護政策の転換が求められている。ドイツは日本の、日本はドイツの介護保険の現状と課題を把握し、お互いに学び合いながら介護改革の方向性を選択することが求められる。

注

- ¹⁾ Prof. Dr. Heinz Rothgang/ Dipl. Gerontologe Thomas Kalwitzki, 2015, Gutachten, Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur.
- ²⁾ (BARMER介護レポート2015年、p.110、表4.15)
<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)
- ³⁾ Bundesministerium für Gesundheit, Das Pflegestärkungsgesetz II,11.
- ⁴⁾ 同上
- ⁵⁾ <https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegest%C3%A4rkungsgesetze>
- ⁶⁾ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html>
- ⁷⁾ 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)。
- ⁸⁾ https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/PICK_2018-01-15_Expertentag_Pflege_Do.pdf
<https://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/10556-18-0115-mds-expertentag-1jahrpflegereform/file>
- ⁹⁾ ケルン大学保健経済学と臨床疫学研究所、2017年
<https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2017/11/Vortrag-Tebest-FF08-BPK.2017.pdf>
- ¹⁰⁾ BARMER Pflegereport 2018
<https://www.barmer.de/blob/170356/d7ae6a0758a91a938be14a0e05433b63/data/dl-pressemappe.pdf> (プレスリリース)
<https://www.barmer.de/blob/170374/d4a389dbaec4ac3bf5e1f0b6c1ec0b51/data/dl-arbeitsmaterial.zip> (グラフ・表)
<https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf> (レポート全文)
- ¹¹⁾ <https://www.pflegestuuetzpunkteberlin.de/standorte/>
- ¹²⁾ <https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2017/11/Vortrag-Tebest-FF08-BPK.2017.pdf>
- ¹³⁾ 介護レポート2018 (BARMER著 プレーメン大学不平等と社会政策研究センター SOCIUM <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>)
- ¹⁴⁾ <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl->

pfleregereport-komplett.pdf

参考文献

- ・ BARMER Pfleregereport 2018
<https://www.barmer.de/blob/170356/d7ae6a0758a91a938be14a0e05433b63/data/dl-pressemappe.pdf>
- ・ BARMER Pfleregereport 2015
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pfleregereport/PDF-BARMER-GEK-Pfleregereport-2015.pdf>
- ・ Prof. Dr. Heinz Rothgang/ Dipl. Gerontologe Thomas Kalwitzki, 2015, Gutachten. Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur.
- ・ <https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegest%C3%A4rkungsgesetze>
- ・ https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/PICK_2018-01-15_Expertentag_Pflege_Do.pdf
<https://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/10556-18-0115-mds-expertentag-1jahrpflegereform/file>
- ・ <https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2017/11/Vortrag-Tebest-FF08-BPK.2017.pdf>
- ・ https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2017/f-4448-17/mauel_praesentation_auswirkungenpflegestaerkungsgesetzstationaer_04072017.pdf
- ・ <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pfleregereport-komplett.pdf>
- ・ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html>