

第2章 ドイツ介護保険制度における介護者の支援

1 はじめに

本稿は、ドイツ介護保険制度における介護者の支援について検討するものである。

ドイツは、わが国に先行して介護保険法を成立させ、ホーム法などの関係法令とともに介護保険制度を施行した国であり、社会保険による介護保障を行う数少ない国である¹。また、後述するように、ドイツの介護保険制度は医療保険制度の運用に大きく影響を受けており、とりわけ介護者の支援と密接に結びつく在宅での介護について、医療保険制度の影響を見て取れる。さらに、施行後数次に渡る改正を経て現行制度に至っているが、介護者の支援制度の拡充は改正によって後から創設されたものであり、その意義を理解するためには介護保険法の改正を追う必要があると思われる。そこで、本稿では、まず介護保険制度の基本的枠組みを取り上げる（第2節）。それによって、介護者を支援する仕組みを明らかにしたい。次に、その後の改正について検討する（第3節）。そこでは社会状況の変化などを取り上げ、介護者支援の現状が明らかになるようにしたい。

なお、ドイツとわが国は介護保険制度だけではなくその他の社会保障制度においても共通する部分が数多くみられる一方で、社会状況の変化や数次にわたる改正を経て異なる部分も増えてきている。したがって、わが国の介護保険制度との安易な比較を行うべきではないと思われるが、理解に資すると思われる部分についてのみ、わが国の介護保険制度にも言及することとしたい。

2 ドイツ介護保険制度の基本的枠組み

(1) 介護保険法の成立とその理念

ドイツの介護保険法は1994年4月に成立した²。翌年から施行され、保険料の徴収は1月から、在宅における保険給付は4月から、施設における保険給付は7月から始まった。このように段階的に施行された理由として、いわゆる要介護認定など一連の事務手続きを分散させること、そして保険給付に必要な財源を確保することなどが指摘されている³。

また、介護保険法の成立にあってその理念が法律に明記された。本稿では下記の3点が重要であると思われる。

第一に、在宅介護の優先である（3条）。具体的には、施設における給付（完全施設給付）よりも部分施設介護給付および短期介護給付⁴が優先するとしており、そうした給付を受ける

¹ 増田雅暢編著『世界の介護保障 第2版』（法律文化社、2014年）参照。

² 成立状況について、本沢巳代子『公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ』（日本評論社、1996年）ならびに土田武史「ドイツの介護保険法」季刊年金と雇用13巻4号（1995年）6頁参照。

³ 附則で定められていた。施行直後の財政について本沢・前掲注（2）58頁。

⁴ 部分施設介護給付とは、在宅で生活する者が施設で受ける給付をさす（41条）。短期介護給付とは、施設入所

ことによって、在宅で生活する要介護者は、できる限り施設へ入所することを避けるように求められる。

第二に、予防とリハビリの優先である（5 条）。保険給付には含まれていないものの⁵、予防とリハビリによって要介護状態という保険事故の発生に加入者が至らないよう努力することを、保険者に求めている。

第三に、行政や施設、介護金庫が負う介護サービス供給の共同責任である（8 条）。なかでも、部分施設介護給付および短期施設介護給付によって、在宅において介護保険制度以外から提供される介護サービスの提供を補完すること、介護を補完する医学的リハビリテーションを提供すること⁶、この 2 点を具体的にあげている。

このように、ドイツの介護保険法は在宅介護優先を明記しているだけではなく、在宅介護を支える給付やその責任体制においても、わが国の介護保険制度に類似しているといえる。2015 年 3 月現在においてもこれらの原則は維持されており、後述するような様々な努力が続けられている。

（2）保険者および被保険者

その一方で、保険者および被保険者について、ドイツの介護保険制度はわが国と大きく異なる。

まず、保険者は、疾病金庫に付随して設立される介護金庫（Pflegekasse）であり、その設立が疾病保険の保険者である疾病金庫に義務づけられている（46 条）。いわば、疾病保険が介護保険も運営することになる。なお、ドイツの疾病保険制度は、企業単位および地区単位で設立された公的疾病保険と、民間の保険会社による私的疾病保険とに分かれており、1994 年の介護保険法成立当時、労働者は、収入によって公的疾病保険への加入義務を負うか、その加入義務を負わないか（たいてい私的疾病保険に加入する）、に分かれていた⁷。

また、介護金庫は金庫として独立しているものの、疾病保険の保険者である疾病金庫にその責務の遂行を委ねており（1 条 3 項）、疾病保険制度のなかで疾病金庫が有するに到った機能、すなわち提供されるサービスの質の監査や施設への監督などに関わる人員やその経験を

ではあるが長期に及ばない給付をさす（42 条）。前者はいわゆるデイサービスであり、後者がいわゆるショートステイである。

⁵ リハビリは疾病保険の保険給付対象である。予防は、保健事業など保険財政以外からの実施もあり得る。リハビリと介護給付の区分は難しいが、ひとまず措く。

⁶ すなわち、疾病保険から提供される医学的給付であるリハビリについて、要介護者へ給付する意義を認め、その確保を共同で行うことを意味する。（後述する定義にもよるものの）要介護者は医学的ケアを必要としないため、介護保険制度を通じてどのようにリハビリを提供するか、どれほどリハビリを提供するかが問題となる。

⁷ このように高額な収入を得ている者は自ら備えられることを理由に公的疾病保険の加入義務を免除していたが、2007 年以降「加入義務を負わない」ことは許されなくなった。すなわち、①かつて公的疾病保険に加入していたものの現に疾病保険に加入していない者に、公的疾病保険への再加入を義務づける、②かつて私的疾病保険に加入していたものの現に疾病保険に加入していない者に、私的疾病保険への再加入を義務づける、こととなった。さらに、2009 年 1 月から、（いわゆる家族被保険者以外の）すべての者が公的疾病保険あるいは私的疾病保険に加入しなければならないこととなった。田中謙一「ドイツの 2007 年医療改革（3）」週刊社会保障 2438 号（2007 年）52 頁参照。

利用している。

そして、被保険者は公的疾病保険の被保険者である（20 条）。すなわち、疾病保険の被保険者は、介護保険への加入を義務づけられ、介護保険の被保険者として保険料を負担する。ここでいう公的疾病保険の被保険者には、公的疾病保険の任意加入者、すなわち公的加入義務を負わないものの公的疾病保険への加入を自ら行った被保険者をも含む。いいかえると、公的疾病保険の任意加入者は、公的介護保険の強制加入者である。そのため、介護保険法成立後に行われた一連の疾病保険改革によって、介護保険の被保険者は拡大している⁸。

一方、被保険者の配偶者や子どもは、家族保険の被保険者として介護保険の給付を受けるものの、保険料を負担しない（25 条）。その意味では、第 5 の社会保険として成立した介護保険は、他の社会保険と同様、いわゆる“労働保険（Arbeitsversicherung）”であり、被保険者についてみれば部分的な保険といえる。

このように、ドイツの介護保険制度は疾病保険の影響を大きく受ける点で、わが国の介護保険制度と異なる。とりわけ、被保険者資格においてその影響を見ることができる。そして、疾病保険改革によって被保険者資格は拡大し、いわゆる扶養家族とあわせた保険の加入者は非常に広いといえる⁹。なお、被保険者資格および家族保険の被保険者について年齢要件はないため、その意味でも介護保険から給付を受けられる被保険者は広いといえる。

（3）保険料および保険給付

そして、被保険者から徴収する保険料についてもわが国と大きく異なる。具体的には、保険者の分立を認めつつも、介護保険法に明記することによって全国一律の保険料率を定めている。

保険料は、収入に係る保険料率として、施行後の一定期間（1995 年 1 月から 6 月まで）、1%と定められた（55 条）。その後、施設給付が始まった 1995 年 7 月以降、保険料率は 1.7%となった^{10 11}。この保険料は、疾病保険や年金保険の保険料と同様、被用者については労使折半である¹²。

そして、保険給付額は、要介護の重さによって 3 段階に分かれており¹³、現物給付たるサービス給付か現金給付かによって、そして施設給付か在宅給付かによって異なっている¹⁴。

⁸ 前掲注（7）参照。

⁹ 社会扶助の受給者は介護保険の被保険者等ではないが、介護保険の被保険者等が保険給付を受けてもなお介護サービスを必要とする場合は、当然に介護扶助を受けることができる。木下秀雄「ドイツにおける介護保険と介護扶助」海外社会保障研究 131 号（2000 年）14 頁参照。

¹⁰ この引上げは介護保険法成立時から予定されていた。

¹¹ 保険料率はその後 3 度の引上げが行われ、現在（2015 年）2.35%である。詳細は、川久保寛「ドイツ介護保険制度における保険料率法定の意義」社会保障法 30 号（2015 年）159 頁参照。

¹² 年金保険の受給者は全額自己負担となる。

¹³ 要介護度については改正と関係するため後述する。

¹⁴ 後述するように、2008 年改正によって保険給付額が引き上げられており、定期的な見直しの仕組みも導入された。

施行当初、現物給付を施設で受給する場合には、軽度の方から順に、月額 1,023 ユーロ、1,279 ユーロ、1,432 ユーロであり、在宅で受給する場合は、月額 384 ユーロ、921 ユーロ、1,432 ユーロとなっていた（36 条および 43 条）。さらに、最も重い要介護度 3 であり、かつ介護金庫が過酷事例（Härtefälle）であると認めた場合は、保険給付額が上乘せされ、月額 1,688 ユーロ（施設給付）もしくは 1,918 ユーロ（在宅給付）が給付された（36 条 4 項、43 条 2 項）¹⁵。

なお、保険を利用する際に一部負担金（いわゆる自己負担分）は必要ない。つまり、一部負担金なしで保険給付額の上限まで受給することができる。もちろん、上限を超えた部分については全額自己負担となる。

このように、ドイツの介護保険制度は、保険料の法定という点で特色ある仕組みとなっているが、とりわけ保険給付について本稿の視点からみると、現金給付である介護手当（Pflegegeld）があること、そして現物給付と現金給付を組み合わせ受給できることが重要であると思われる。

（4）介護手当および混合給付

介護手当は、在宅の要介護者に対して支給される現金給付であり、要介護度に応じて、月額 205 ユーロ、410 ユーロ、665 ユーロとなっていた（37 条。いずれも創設当時）¹⁶。この介護手当は、創設当時から現在まで続くドイツ介護保険制度の特色の一つである¹⁷。

この介護手当の受給にあたっては、在宅で要介護状態にあるだけではなく、介護サービスを受けていることが必要であるが、その提供者は問われない。すなわち、親族や友人といった、いわばアマチュアが要介護状態にある加入者をケアしている場合においても、介護手当を受給することができる。むしろ、介護事業者から介護サービスを受けている場合でも介護手当を受給することは可能ではあるが、上限額が低くなるために選択することは多くはない。

そして、混合給付（Kombinationsleistung）は、介護金庫から現物給付と現金給付を組み合わせ受給するものであり、要介護度ならびに組み合わせによって支給額が異なる（38 条）。

たとえば、要介護度 1 の要介護者が現物給付を 256 ユーロ分受給した場合、現物給付上限額 384 ユーロの約 66%を受給したことになる。それとともに、現金給付上限額 205 ユーロの約 34%、69 ユーロを受給することができる¹⁸。また、混合給付の受給に当たっては、在宅の要介護者であることに加えて、現物給付の受給要件が必要になるため、介護事業者から介護サービスを受給していなければならない。

¹⁵ 過酷事例における在宅給付の優遇に在宅介護の優先原則の具体化をみてとれよう。

¹⁶ 2015 年現在、月額 235 ユーロ、440 ユーロ、700 ユーロとなっている。

¹⁷ 田中耕太郎「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」海外社会保障研究 131 号（2000 年）24 頁、土田武史「ドイツ介護保険の現金給付」週刊社会保障 1879 号（1996 年）46 頁以下参照。

¹⁸ 倉田聡「ドイツの介護保険法における介護契約規制」岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社、2007 年）72 頁。

これらの制度は、いわゆる家族介護を公的に認めている点で批判されうるが、ドイツでは介護手当の金額の低さについて指摘があるものの、大きな批判はないと思われる。むしろ、介護手当については、家族や知人、隣人などの大きな献身に対して物質面での認知および動機付けに役立つという評価¹⁹や、現金を支給することにより、現物給付とされない介護サービスの入手を可能にするとの指摘²⁰がある。

(5) 保険財政

そして、ドイツ介護保険制度の保険財政も取り上げておく。なぜなら、先にみたように保険給付額が比較的低額にとどまっている原因の一つであるためである。

保険財政は、保険料率の法定とあわせて、全国で統一的に運営されている²¹。すなわち、各保険者の保険財政を支える基金として、「負担調整基金 (Ausgleichsfonds)」(以下、「調整基金」という) が設置されている (65 条)。そこで介護保険の保険者は、財政運営の結果、余剰金が出た場合は調整基金に支出し、不足金が出た場合は調整基金から貸し付けを受ける。つまり、ドイツの介護保険制度は、保険者ごとの運営のみならず、この負担調整基金による統一的な運営によって財政が管理されていることになる²²。いいかえると、保険者には保険料率を上げたり保険給付を適正化したりする財政運営が許されていないため、財政における保険者ごとの差異は存在しない^{23 24}。この調整基金は、前述したように保険料の徴収が先行した時期が設定されたことや、改正によって保険料率の引き上げがあったことから、一貫して黒字になっている²⁵。

(6) 小括

このように、ドイツの介護保険制度は、疾病保険制度の影響を受けつつも、もっとも後発にできた社会保険であることから、様々な知見を利用した特色ある仕組みを有している。とりわけ、本稿が検討する介護者の支援という観点からは、現金給付である介護手当が支給されていること、そこではいわゆる家族介護が介護保険によって容認されていることが指摘できよう。

その背景には、ドイツの介護保険制度が、主として財政上の改革を迫られたものであり、介護サービスの提供体制や要介護者の状況を変えようとしたものではなかったことが挙げら

¹⁹ BT-Drucks, 12/5262, S.112.

²⁰ 田中・前掲注 (17) 24 頁。

²¹ 川久保・前掲注 (11) 162 頁参照。

²² リスク構造調整による疾病金庫間の財政調整を当初から導入したとされる。

²³ いわゆる財政高権 (Finanzhoheit) がないことになる。松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ 介護保険』(信山社、2010 年) 69 頁参照。

²⁴ ドイツでは保険財政に租税財源を繰り入れることが基本的には許されていないため、保険料のみで財政を運営しなければならない。なお、近年、この原則がとりわけ疾病保険において緩められてきている。

²⁵ Heinz Rothgang, Theorie und Empirie der Pflegeversicherung, 2009, S.295.

れる²⁶。次に、ドイツにおける介護状況を確認しながら、介護者の支援について検討したい。

3 ドイツにおける介護状況と介護保険法の改正

(1) 介護保険法成立時における介護状況

ドイツの介護状況については、1978年に行われた社会データ研究²⁷によるデータが大きな影響を与えている。この研究は西ドイツ（当時）の介護状況に関する網羅的な調査であり、（その後数字の変動はあるものの）介護保険法成立過程における統計上の根拠とされた。

たとえば、在宅の要介護者が受けている介護サービスを、どういった人や事業者から受けているかまとめている²⁸。もっとも多い介護者は同居の親族であり、要介護者のうち63%が彼らからサービスを受けていた²⁹。ついで、同居していない親族が31%、友人や知り合い、隣人（Freunden/Bekannten/Nachbarn）が17%となっており、介護サービスを提供している介護者の大半が、専門的な教育などを受けていない者、いわばアマチュアである³⁰。また、同居の親族においては配偶者がもっとも多いが、介護の最終段階になると子どもが提供することが多い。また、男性によりも女性によって介護サービスが行われることが多く、76%が女性による。そして、平均すると、要介護者1人あたり介護者1.1人で介護サービスを提供しており、親族による介護サービスに限ると、要介護者1人あたり介護者1.3人で提供している。

このように、在宅の要介護者の多くがいわゆる家族介護を受けていたことがわかる。そして、同居していない親族による介護がかなりの割合にのぼること、そして友人などによる介護が行われていることはドイツの特色であり、介護保険制度によって、こうした現状を変えることよりむしろ支援すること（その手段の1つが介護手当である）を選んだ理由であるといえる。

もちろん、要介護者は家族介護のみで介護サービスを得ていたわけではない。実際、医療機関から介護サービスを受けている者が30%となっており、仕事として介護サービスを提供している介護者、いわばプロから介護サービスを受けている者が12%となっていた。

このうち、プロの介護者は、主にソーシャル・ステーション（sozialstation）からの提供が多かった。ソーシャル・ステーションとは、民間ないし基礎的自治体によって運営され、主に外来の介護サービスを提供する施設の総称である³¹。そこでは、看護師や看護助手などによって提供される医療的サービスや、ボランティアなどによって提供される（配食や洗濯

²⁶ 川久保・前掲注（11）166頁参照

²⁷ BT-Drucks,10/1943.

²⁸ BT-Drucks,10/1943.S.5.Tabelle 3.

²⁹ 複数人からサービスを受ける場合、そのうち1人でも親族がいればカウントされる。

³⁰ 親族による介護サービスが多いとしても、友人や知り合い、隣人による介護サービスは明らかに意義がある、と付記されている。

³¹ Theresia Degener, Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses, 1994,S.35 ff.

などの) 介護サービスを実施している。いわば、日本における社会福祉協議会のような存在であり、契約にもとづいて介護サービスを入手することを中心としているドイツにおいて、介護サービスの需要を安価ないし無料で提供する施設と評価することができよう³²。

ドイツ介護保険法における在宅介護の優先、すなわちアマチュアによる在宅介護を認め、その維持を図るという方策は、介護保険法成立前の状況によるものであった。このことは介護保険法の施行後も一貫して維持されている³³が、その理由の 1 つとして介護保険制度の運営がもたついたことが挙げられる。

(2) 医療サービス機構 (MDK) の機能

1995 年の施行後、すぐに問題となったのは専門機関、医療サービス機構 (MDK) への不満であった。MDK は、疾病保険における専門機関として、医師の認証や保険給付の適否について判断してきた。以下、概略を述べる³⁴。

MDK は、ライヒ保険法における相談医サービスをその前身としており、疾病保険における保険給付の実施について、医学的見地から助言および鑑定意見の提出などを行う (SGB 第 5 編 275 条ないし 283 条)。そのため、医師を中心に構成されていた。また、MDK は、州ごとに設置されており、それぞれ疾病金庫の連合会が費用を負担している。

こうした MDK は、介護保険法の施行にともなって新たに加わった現物給付である介護サービスについても、同様の機能を発揮するよう位置づけられ、要介護の認定や施設において保険給付が適正に給付されているかの監督権限を与えられるにいたった (80 条以下)。このために、MDK は新たに介護サービスの専門家を雇ったり医師たちに研修を行ったりすることで任務に対応した³⁵。具体的には、①施設の作成した介護計画や記録など書類の確認、②サービスの支給と要介護状態の変化の調査、③要介護者本人からの聞き取りなどを行っている³⁶。しかしながら、MDK による審査は申請時の事前の審査を中心としており、サービスの提供が始まってからの審査も、それらに割く人員が不足しており、要介護度の認定のための申請があいついで業務が混乱したこともあいまって、年 1 回を見込んでいた監査を実施することは難しい状態であった³⁷。そのため、介護保険法の施行によってこれまで提供されてい

³² あわせて、兵役代替義務としてのボランティアが存在しており、介護スキルは低いものの介護の担い手が継続的に供給されてきたことも指摘できる。

³³ 施行後も一貫して在宅介護は保険給付の 7 割程度を占めている。施行後の施行状況を取り上げる邦語文献として、森周子「メルケル政権下の介護保険制度改革の動向」海外社会保障研究 186 号 (2014 年) 28 頁参照。

³⁴ 倉田・前掲注 (18) 79 頁・脚注 (26)、エルケ・モーア医学博士講演会資料「メディカルサービスはよい介護を認識しているか？」財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団『介護保険転換期 新制度のしくみとドイツ制度の現状』(2005 年)〔脇野幸太郎訳〕145 頁以下。

³⁵ 倉田・前掲注 (18) 80 頁、本沢巳代子「高齢者・障害者の権利擁護と介護保険 ドイツの世話制度と介護保険の実態を参考として」社会保障法 14 号 (1999 年) 143 頁。

³⁶ 本沢巳代子「ドイツの介護保障制度とその課題」季刊労働法 193 号 (2000 年) 49 頁。また、MDK による監査をドキュメントするものとして、斎藤義彦「ドイツと日本 『介護』 の力と危機」(ミネルヴァ書房、2012 年) 82 頁以下。

³⁷ Rheinland-Pfalz では 4 年に 1 回ほどになっていたという。斎藤・前掲注 (34) 85 頁。

た介護サービスが劇的に変化したわけではなく、介護サービスの供給の拡大に対しても対応が遅れたとされる。

もちろん、MDK が、施行後に膨大な業務を担わなければならなくなることは予想されていた。介護保険法の施行に際して、保険料の徴収が先行し、在宅ならびに施設への保険給付が段階的に行われた理由は財源の確保が主な理由であったが、要介護状態の認定などのMDKの業務がある程度分散したのも事実である。また、MDKの審査について、医学的視点からの判断が中心であるという批判が存在した³⁸。確かに、MDKは疾病保険における専門機関として創設されており、医師など医学の専門家の比重が高かった。さらに、MDKによる要介護度の認定基準は抽象的なものにとどまっていた³⁹。

また、先に取り上げた介護手当においても、MDKは訪問審査を行い、立ち入りを行う義務を負っている⁴⁰。この立ち入りは、在宅の要介護者が介護手当を受給する場合において、介護を行う者が親族に限られるケースもありえるため、第三者によって要介護者の状況が確認できる数少ない機会になりえる。すなわち、MDKは、専門性の不足を指摘されながらも、要介護度の認定を行うという最初の入り口としても、あるいは在宅の要介護者の状況を確認するという継続的な援護機関としても、重要な機能を有していることになる。

(3) 要介護認定と認知症の要介護者への追加給付

こうしたMDKの不満とあわせて問題となったのが、認知症の要介護者への要介護認定である⁴¹。

要介護認定は、日常生活を送るにあたってどれほど支障があるか（どれほど時間がかかるか）といういわゆる生活モデルによって測定されている。条文上、要介護状態は「身体的、知的または精神的な疾病または障害のために、毎日の生活の中で、日常的かつ規則的に繰り返し行われる行為について、長期的に、少なくとも6か月以上の見込みで、著しくまたは高度に支援を必要とする者」（14条1項）とされている⁴²。しかし、認知症の高齢者は身体的な障害を有するとは限らないため、日常生活を送ることそれ自体に支障が出ることもなく、結果として要介護認定されないことが多かった。しかし、認知症の高齢者はいわゆる見守りを必要とする者が多く、介護保険から何ら給付を受けていないことへの疑問や、要介護状態にあっても給付を受けていた場合でもより多くの給付を求める主張がなされるようになった。

³⁸ Peter Pick, Was ist Pflegebedürftigkeit? Die Sicht des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände, in: Gerhard Igl/Gerhard Naegle/Silke Hamdorf (hrsg), Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, 2007.S.62 ff.

³⁹ 条文に限定列挙されている。すなわち、14条2項において「ア 体を支える器官及び運動器の喪失、麻痺、またはその他の機能障害」「イ 内臓または感覚器の機能障害」「ウ 刺激、記憶または方向感覚障害のような中枢神経系の障害並びに内因性の障害並びに内因性の精神病、神経症または知的障害」とされている。松本・前掲注(23) 88頁。

⁴⁰ ソーシャル・ステーションが実際の立ち入りを行っており、要介護度1・2の場合は6か月ごとに、要介護度3の場合は3か月ごとに立ち入りを行うことになっている。

⁴¹ 川久保・前掲注(11) 166頁参照。

⁴² 訳は、森・前掲注(33) 29頁に拠った。

そこで、2002年に介護保険法を改正し、認知症の要介護者に限定した給付の上乗せを行った。この給付は、要介護認定を受け、基礎的介護もしくは経済的援助を得ている高齢者であって、MDKが認知症と認める要介護者について、追加されたものであった。しかし、この追加給付額は年460ユーロという極めて低額に留まった。この金額はニーズに基づくものではなく、保険財政に影響を与えないために設定されたものである。その理由として保険料率が法定されており、保険料率の改定が政治問題化しうることが挙げられる。

また、この給付において、保険給付として「条件が低い世話の提供」が認められた。

これまで、介護保険法において、親族や友人などによる介護サービス提供が認められてきたが、それらは保険給付であったわけではない。すなわち、そうした介護サービスは、要介護者に対する介護手当によってある程度慰藉されることは想定されていたものの、保険給付の枠内に、現物給付として存在したわけではない。いいかえると、保険給付としての現物給付は、(ホームを含む)施設の職員から、組織的に提供されることが予定されていたのである。

これと比べて、「条件が低い世話の提供」は、低額で提供されるサービスであることが特徴であり、親族や友人やボランティアによる継続的に提供されるサービスをさす。しかし、まったく条件がないわけではない。「専門家による監督のもと」という条件が付されており、その意味では、アマチュアやボランティアによる介護サービスを、専門家によって組織的に提供されている介護サービスというこれまでのサービス枠組みに、組み込む形で拡大したと評価できよう。

(4) 2008年改正

ドイツ介護保険制度が大きく変わったのは2008年改正である。この改正の背景には、当時の政治情勢、すなわち二大政党による「大連立」(die große Koalition)の成立が指摘できる⁴³。大連立に至る過程では、介護保険法の基本的な枠組みについての議論、たとえば賦課方式から積立て方式への財政方式の転換や対象者が広がる国民保険構想などが争われたが、結局のところ、両者の主張を足し合わせる形で改正が行われた。以下、本稿の問題関心に関係する一部を取り上げる。

第一に給付額の引上げである。2年ごとに、ほぼすべての保険給付について給付額を引き上げることとなった。たとえば、要介護度Ⅰの被保険者に対する現物給付の月額、改正前で384ユーロであったが、2008年7月からは420ユーロ、2010年1月からは440ユーロ、2012年1月からは450ユーロとなった(36条)。この改正の動機として、①認知症患者だけではなく、身体障害や精神障害を抱えた人々についても総合的にケアを行う必要性があり、介護サービスへのニーズが高まっていること、②そのために介護保険に対して、(これまでの保険給付額を超えた)過大な要求が為されていることへ対応すること、が冒頭に挙げられて

⁴³ 田中謙一「ドイツの2008年介護改革①」週刊社会保障2509号(2008年)53頁、松本・前掲注(23)201頁参照。

いる⁴⁴。

第二に、見守りニーズに対する「世話」(Betreuung)の創設である。

そもそも、「世話」サービスそれ自体は、要介護状態になくとも必要とされることがある。すなわち、介護保険法における要介護状態の審査において要介護の認定を受けていないものの、自立した生活を営むことが難しい加入者が一定程度存在している。先に述べた認知症の要介護者のニーズとして、この「世話」サービスが挙げられていた。しかし、要介護状態にない認知症の高齢者にも同様のニーズがある。そうした加入者に対して「世話」サービスを給付することで、自立した生活が可能になりえるという考え方がある。この考え方は、介護予防や、施設から在宅へ加入者を誘導することからも支持されていた。そこで、要介護度 0 の者についても、「相当程度の需要」があれば「世話」サービスの支給を認めることとした。つまり、要介護状態にない者へも、介護保険からの給付を認めたのである。さらに、年額 460 ユーロとされていた給付額についても、月額 100 ユーロの基本額 (Grundbetrag) に月額 200 ユーロまでの上乗せ給付 (erhöhter Betrag) の区分を設けた。

これら保険給付額の引上げおよび世話サービスの創設ともに重要ではあるが、本稿の問題関心である介護者への支援としては、次に述べるケースマネジメントおよび相談機能、介護支援拠点の創設がより重要である。なぜなら、これまで介護保険制度において情報の提供や相談を行う専門機関は存在せず、介護サービスの把握も不十分であったためである。

(5) 相談機能とケースマネジメントの重要性

たとえば、介護保険の加入者が介護サービスを利用するにあたって、最初に MDK による対応を受けることが予定されている。具体的には、介護サービスを得るためには、受給資格を備え、要介護状態にあると介護金庫に認定されることが必要である (14 条)。そのために、介護保険法は、被保険者からの申請に対する審査を介護金庫に義務づけており (18 条)、その審査のために、MDK による訪問調査が行われる⁴⁵。この訪問調査において、様々な相談が事実上行われる可能性がある。

しかしながら、先に述べたように、MDK は、もともと疾病保険のために設立された専門機関であり、MDK の職員に介護に関する専門教育が一定程度行われるとしても、介護サービスにかかる相談機能を有しているとまでは言い難い。実際、MDK は、要介護度の認定と、(施設職員たる) プロによる在宅への介護サービスおよび施設における介護サービスの品質の保障が責務であり、各介護施設に助言はするものの要介護者に助言はできないという⁴⁶。つまり、加入者は、基本的に、自らの情報を集めたうえで、自らの判断でサービスの受給に

⁴⁴ BT-Drucks, 16/7439.S. 1.

⁴⁵ 本沢・前掲注 (2) 82 頁、斎藤・前掲注 (35) 25 頁。

⁴⁶ 実際に MDK で介護サービス部門の責任者を勤める医師によれば、要介護者からの相談に応じられないのは、「人的キャパシティ」の問題であるという。東京都高齢者研究・福祉振興財団・前掲注 (33) 29 頁〔エルケ・ムーア博士発言〕。

関するさまざまなこと（たとえば、業者の選定、サービスを受ける手段など）を決めなければならない⁴⁷。

たしかに、従前から外来におけるさまざまなサービスを提供しているソーシャル・ステーション（Sozialstation）は、看護師によってその多くの任務が担われ、相談業務も行ってきた⁴⁸。しかし、ソーシャル・ステーションにおいて提供されている介護サービスは、無償ないし有償ボランティアによるサービス提供などであり、（施設が行っており需要がある）時間集約的・継続的な介護関係を持つものではない。また、相談業務も専門的なものではなかった。つまり、介護保険法の保険給付として情報の提供や相談が支給されることはなく、介護サービスの利用にあたって必要なものとも捉えられてはいなかったのである。

また、要介護者が受給する介護サービスは、私的自治の原則にもとづき要介護者本人が決めているが、①契約がないことが多い親類や友人などによるサービス、②契約にもとづくプロによるサービス、③契約にもとづく有償ボランティアによるサービスなどがあるが、それぞれ別個に提供されており、要介護者ごとに統一的な把握がされているわけではなかった。

そこで、2008年改正で新たにケースマネジメントが導入された。すなわち、保険給付に介護相談（Pflegerberatung）が創設された（7a条）。それにより、2009年1月から、保険給付を必要とする被保険者は、介護相談員（Pflegerberater/in）に対して相談を行い、援護計画（Versorgungsplan）の作成などを請求することができる。また、相談者は、介護相談員に対して、介護保険および疾病保険の保険給付を申請することができる。つまり、介護金庫によって用意される介護相談員は、介護相談サービスを提供する専門家として位置づけられる⁴⁹。

（6）介護支援拠点の創設

あわせて、新たな機関として介護支援拠点（Pflegestützpunkte）が創設された。

介護支援拠点は、州の介護委員会⁵⁰の支援のもと、“中心的な始動機関”（zentrale Anlaufstelle）としての機能を有する機関である（92c条）。その任務として、①社会法典の規定にもとづく権利および義務などの案内や相談ならびに州による独自の給付などの案内や相談、②身近な地域でのケアおよび世話のための、医学的・介護的・社会的な扶助・支援サービス、などである（同条2項）。さらに、介護金庫に対して、介護サービスを提供する施設や、介護保険を運営する民間の医療保険を介護支援拠点へ参画させるよう求めている（同条2項3号）⁵¹。これは、費用負担と介護支援拠点創設の目的が関係する。すなわち、介護

⁴⁷ このことはいわゆる措置制度がなく、ホーム法によって施設との契約を規律するドイツの伝統的仕組みに由来するものでもある。丸山絵美子「ホーム契約に対する規制と契約法の一般理論・社会福祉サービス制度との関係 現行ドイツホーム法との比較を通じて」専修法学論集 93号（2006年）108頁参照。

⁴⁸ Degener, a.a.o., S. 35 ff.

⁴⁹ 小西啓文「ドイツ介護保険法における権利擁護システムの展開 介護相談員を例として」法學新報〔中央大学〕119号5・6号（2012年）707頁参照。

⁵⁰ 介護サービスを提供する施設および介護金庫によって構成される委員会である。

⁵¹ 任意参加が原則であるが、疾病金庫は必ず参加する。

支援拠点は参加する施設や会社によって運営され、必要な費用もそれらの施設や会社によって按分される。参加しない施設や会社は費用を徴収され、この財源調達のために、州介護金庫連合会は、州疾病金庫連合会との間で大綱契約（Rahmenvertrag）を締結することができる。なお、立ち上げにあたっては 45,000 ユーロを上限にした助成金（Zuschuß）がある。

介護支援拠点の運営にかかるこうした措置は、介護サービスを提供する施設や会社にとって負担となるものの、介護支援拠点の存在は、介護保険の被保険者にとって大きな利益となりえる。つまり、介護保険外で介護サービスを利用する者や将来的に介護サービスを利用する者にとっても、介護サービスに関するすべての事柄について、窓口となる機関として存在することになるためである。

（7）小括

このように見てみると、2008 年改正によって新たに保険給付として導入された相談機能やケースマネジメント、それらを給付する機関として創設された介護支援拠点は、介護保険制度に大きな影響を与えるものと思われる。

とりわけ、介護支援拠点は、先に述べたように、“中心的な始動機関”として相談業務をその責務の 1 つとしている。そして、そこには介護相談員を配置することが前提となっている。つまり、介護支援拠点到相談業務を行わせ、そのサービス受給権を保障したことは、新たに介護保険法の保険給付に相談（Beratung）が加わったことを意味する。本稿の問題関心から考えると、介護者の相談機関としても介護支援拠点は位置づけられていることになる。

4 むすびにかえて

本稿では、介護保険制度の基本的枠組みを確認したうえで、介護者の支援という観点から現行の制度について取り上げた。基本的枠組みおよび改正を見る限りでは、ドイツの介護保険制度は決して充実したものではないといえる。たとえば、保険給付の上限額が不足していることが施行後一貫して指摘されてきたが、保険料率の法定を採っているために保険財政の枠内でしか上限額を引き上げることができず、2008 年改正までは限定的な上乗せにとどまっている。その意味では、ドイツにおける在宅介護は、不十分な保険給付によるものといえるかもしれない⁵²。そのように考えると、ドイツ介護保険制度固有における介護者の支援としては、（わが国で 2005 年に創設された地域包括支援センターに類似する）2008 年改正で創設された介護支援拠点による相談援助を別にすれば、やはり介護手当の存在に尽きるように思われる。

⁵² むしろわが国を参考にした改正が行われているといえる。直近の改正動向について、森・前掲注（33）参照。