

平成 29 年度海外行政実態調査報告書

介護保険制度の持続可能性：
オランダ・ドイツからの示唆

Sustainability of long-term care insurance system:
Lessons from the Netherlands and Germany

特別研究官 中澤 克佳（東洋大学経済学部教授）

平成 30 年 3 月
調 査 課

目次

はじめに	1
1. オランダの介護保障.....	3
1-1. オランダの介護保障制度と 2015 年改革.....	3
1-2. 2015 年改革の背景	5
1-3. 2015 年改革の特徴	7
1-4. WMO の運営.....	9
1-5. WMO システムに対する疑問	10
1-6. 小括.....	12
2. ドイツの介護保障 1：ドイツの高齢化と介護の課題	14
3. ドイツの介護保障 2：介護保険制度と制度改革について	17
3-1. ドイツの介護保障制度と 2017 年改革	17
3-2. ドイツの介護保険財政.....	20
3-3. 要介護度別の給付水準と「補完性の原則」	23
3-4. 施設介護の問題と介護サービス・価格の地域差.....	27
4. ドイツの介護保障 3：介護扶助制度.....	31
4-1. 介護扶助制度とは	31
4-2. 2017 年改革と介護扶助	32
4-3. 介護扶助の認定と財源問題.....	33
5. ドイツの介護保障 4：介護金庫の役割と機能	35
5-1. AOK 北東支部.....	35
5-2. 窓口における相談業務.....	36
5-3. AOK の今後の課題	38
6. 日本への示唆.....	40
参考文献・資料	43
付記 調査日程	44

はじめに

多くの先進国では、高齢化の進展は大きな社会・経済・財政上の問題となっており、その中でも日本は特に高齢化率が進んだ状況にある。日本は 2000 年に公的介護保険制度を導入しており、日本の介護保険制度は、以下で述べるいくつかの特徴を有している。

1. 要介護認定：要支援 1 から要介護 5 までの 7 段階の認定によって、幅広く高齢者の介護をカバーしている。
2. 利用者の選択可能性の保障：要介護認定を受けた高齢者は、認められる範囲内で自由にサービス内容・事業者を選択できる。
3. 社会保険制度：介護保険は 40 歳以上の人を対象で、その所得に応じて保険料を徴収し、財源としているが、保険料収入は介護保険給付費の 50%に過ぎず、残りの 50%は国及び地方自治体が負担。
4. 地域保険制度：65 歳以上の高齢者の保険料負担は、保険者（市町村）単位で決定され、各保険者の介護給付に応じて変動する。保険料は 3 年間ごとに見直される。
5. 自己負担：利用者の自己負担は原則費用の 1 割で、一部高所得者は 2 割負担。
6. 現物給付：介護保険給付は、直接的な介護サービスの提供により、家族介護に対する現金給付制度はない。
7. サービス供給：介護サービスの供給主体のほとんどは民間事業者であり、法律で定められたサービスを、定められた金額で提供することで、介護保険からの支払を受けられる。

日本の介護保険制度は、予防的介護の段階から、一人では日常動作が不可能な重篤な段階まで、広範囲な高齢者をカバーしている。そのため、高齢者の増加に伴って、介護給付費は増加を続けている。制度が始まった 2000 年から 2014 年にかけて、介護給付費総額は 3.6 兆円から 9.6 兆円まで増加しており、更に 2025 年には、約 800 万人が 75 歳以上（日本では「後期高齢者」と呼ぶ）になるため、介護給付費はさらに加速することが予想される。

以上の背景を受けて、日本では、介護保険制度の持続可能性が問題視されている。核家族の進展や高齢単身世帯の増加を受けて、家族がいない、もしくは家族と同居で介護を受けることができない要介護認定者が増加している。さらに、日本ではドイツと異なり家族介護や近隣介護をサポートする現金給付は存在していない。公的介護保険によるサービスの拡大は、保険料の値上げや政府の財政負担を増大させることになる。特に、日本の介護保険制度は地域保険であるため、介護保険料の地域間格差が非常に大きい。2015 年度から 2017 年度の第一号被保険者（65 歳以上）の介護保険料の最大値は、月額 8,686 円となっている。一方で最小値は月額 2,800 円となっている。介護保険料が高額になっている保険者（自治

体)では、保険料を値上げできる余地は小さい。

公的な介護保障の持続可能性を考える上で、日本が介護保険制度を導入する際に参考としたドイツ及びドイツに先立って社会保険による介護保障を導入したオランダを訪問対象国として選定した。特に、介護保険制度でカバーされる要介護者の基準、費用負担のあり方、公的保険以外の高齢者ケアの仕組みについてヒアリングを行った。

本報告書では、オランダ・ドイツの実態調査を踏まえた介護保険制度のあり方を考察する。オランダは医療保障と一体の介護保障を提供している。ドイツは公的扶助と介護保険が車の両輪として機能しており、さらに家族介護者・近隣介護者への現金給付が認められているという特徴を持つ。いずれの国も、単に介護保障を提供するだけではなく、高齢者の生活保障という大きなテーマの一環として介護保障が位置づけられており、介護保険制度はその一部として組み込まれている。このような機能分担のあり方は、日本の介護保障のあり方に対して大きな示唆を与えてくれるであろう。一方で、いずれの国も増加する要介護者に対する給付の増大や介護福祉員の確保など、日本と同様の問題に直面している。これら問題への対処もまた、参考にすべき部分が多い。

本調査の実施にあたっては、国内外の様々な関係機関のご協力を得た。この場を借りて関係者各位に御礼を申し上げます。また、本調査の実施にあたってご尽力をいただいた会計検査院・事務総長官房調査課の皆様、特に本調査のアレンジをしていただいた高橋英明副長と調査に同行いただいた齋藤健太郎研究専門官に対して御礼を申し上げます。なお、本報告書における見解は筆者個人に属するものであり、会計検査院の公式見解ではないことを明記しておく。

1. オランダの介護保障¹

1-1. オランダの介護保障制度と 2015 年改革

オランダの介護保障を論じる上で重要なのは、2015 年に行われた制度改革である。本節では、オランダの介護保障制度の概観と、2015 年改革の特徴について説明を行う。

オランダの介護保障制度は、社会保険制度を中心に整備されている。具体的には、特別医療費保険（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ）が 1968 年に施行され、介護保障の核となってきた。オランダの介護保障制度は、医療保険制度と連動した運用がなされているため、ここでは医療保険制度も含めて説明を行う。大森(2011)によれば、オランダの公的医療・介護保障は大きく三つの Compartment から成り立っている。Compartment 1 は長期医療・介護をカバーする公的保険であり、AWBZ がこれに該当する。「長期」の定義としては、概ね 1 年以上の医療・介護の必要性を指している。次に、Compartment 2 は短期の医療をカバーしており、根拠法は健康保険法（Zorgverzekeringswet: ZVW）である。最後に、Compartment 3 として、Compartment 2 でカバーされない自由診療にあたるサービスをカバーする保険である。

介護保障の観点から見ると、AWBZ が在宅・施設介護サービスの多くをカバーしていた。AWBZ の総費用の対 GDP 比は、2000 年の 2.9%から 2012 年には 4.0%まで上昇している（Dalsen 2016）。日本の場合、介護費用の対 GDP 比は、2000 年で 0.7%、2012 年には 1.8%となっている（厚生労働省 2016）。上で述べたように、AWBZ は介護保障だけにとどまらないため単純な比較は困難であるが、AWBZ 費用の対 GDP 比は大きい。後述するように、2015 年の制度改革の中心は、AWBZ 中心の介護保障体制を、地方自治体が管轄する社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO）に基づく介護保障体制へと移管していくプロセスにあるといえる²。WMO は 2007 年に成立した。WMO は障害者や高齢者など、社会参加に際して制限がある人々に対して、地方自治体の責任で施策を行うことを目的としている。具体的な援助内容は、家事援助や買い物などのサービスの提供である。

2015 年 1 月からスタートした新しい介護保障制度は、AWBZ が集中的に対処していた介護保障のうち、居宅サービス部分を WMO へ移管していったことである。AWBZ は WLZ（Wet Langdurige Zorg）と名称を変更し、リハビリなど重度者の医療的な措置は医療保険に移管し、施設ケアに対する給付に限定されることになる。WMO は、これまで AWBZ が

¹ 高齢者の介護は、必ずしも介護保険制度のみで成立するものではない。後述するように、オランダでは WMO という自治体主体の居宅介護が行われており、ドイツでは介護扶助（公的扶助）が大きな役割を果たしている。本稿では、介護に対する制度や施策を「介護保障」と呼び、その中での介護保険でカバーされる部分を「介護保険」と呼ぶことにする。

² WMO は「社会支援法」という法律名であるが、社会支援法に基づくサービス供給体制全体の呼称として用いられているため、本稿でもそのように用いる。

カバーしていた、在宅での介護サービスの大部分をカバーすることになった。後述するように、WMO は地方自治体の実施主体となり、中央政府からの補助金と地方自治体の独自財源、利用者の一部自己負担により運営がなされている。したがって、2015 年改革は、介護保障制度を社会保険を基にしたものから、地方自治体中心の、税財源を中心としたものへと移行していったものである。図 1-1 は、2015 年改革以前と以降の介護保障体制の変化を示したものである。

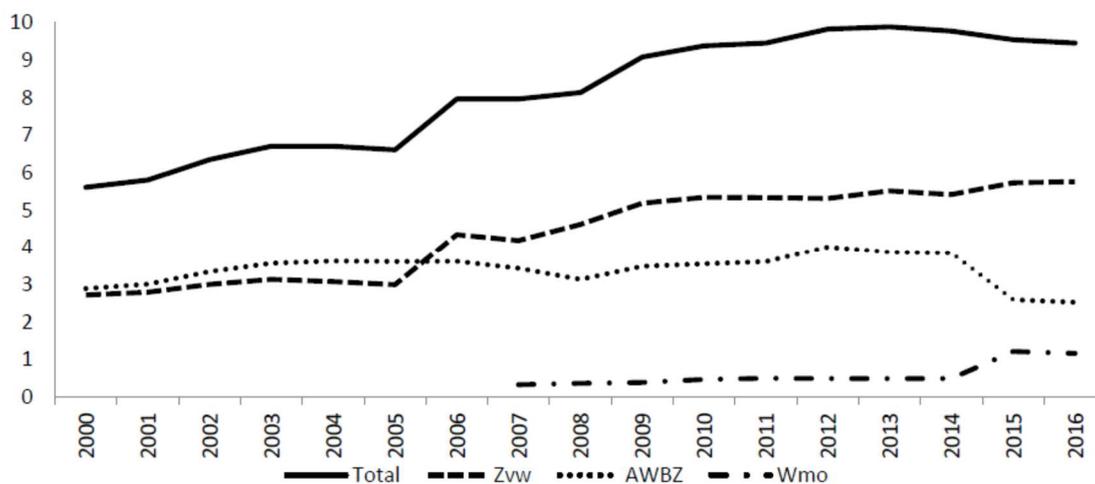
図 1-1 オランダの介護保障体制の変化



(出典) デン・ハーグ市提供資料

以上の変化に伴い、財政的な負担も大きく変化した。図 1-2 は、2000 年以降の ZVW, AWBZ, WMO の歳出の対 GDP 比の変化である。

図 1-2 ZVW, AWBZ, WMO の歳出の対 GDP 比



(出典) Dalsen(2016)

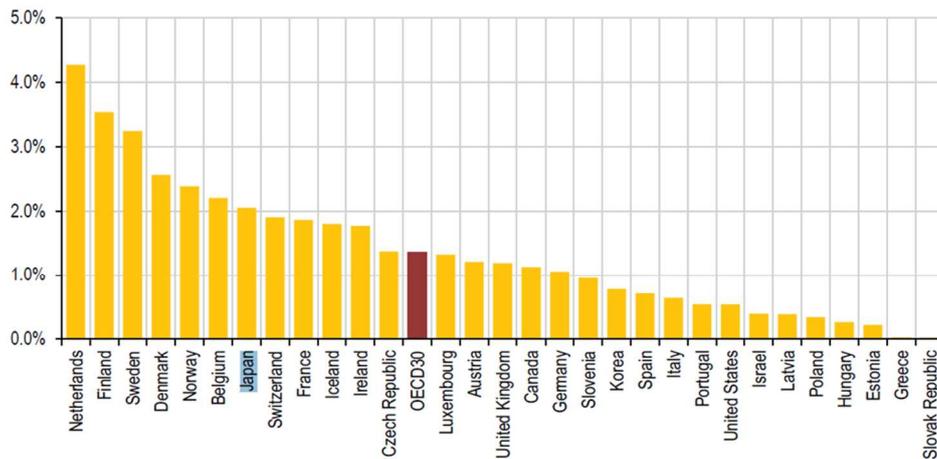
図 1-2 より、2015 年を境に AWBZ の歳出が大きく減少し、一方で WMO が増加していることがわかる。

1-2. 2015 年改革の背景

オランダの総人口は約 1,700 万人であり、65 歳以上人口が約 300 万人 (18%)、80 歳以上人口が 70 万人 (4.2%) となっている。80 歳以上の人々のうち、30.7%の人々が在宅で介護を受けており、16.8%の人々が施設で介護を受けている。したがって、80 歳以上の人々のうち、47.5%の人々が何らかの形で介護を受けていることになる。日本の場合、厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告 (年報)」より、2015 年度の 80 歳以上の要介護 (要支援) 認定者数は 116 万人となっており、これは 80 歳以上の第 1 号被保険者数 331 万人の 35%となっている。オランダの方が、80 歳以上の人々のうち、介護を受けている人々の割合が高くなっている。これは、介護関係支出の対 GDP 比にも反映されており、オランダは OECD 諸国の中でも介護関連支出対 GDP 比が高い (図 1-3)。

図 1-3 介護関連支出の対 GDP 比の国際比較

Figure 2. Public expenditure on LTC as a share of GDP (2014 or nearest year)



Source: OECD Health data 2016

Notes: Refers to total expenditure reported as either "health" or "social" LTC under the System of Health Accounts definitions used by OECD, WHO and the European Commission. Includes spending on LTC for people of all ages, while the analysis in this report focuses on older people (65+). Data for the United States and Israel refer to institutional care only.

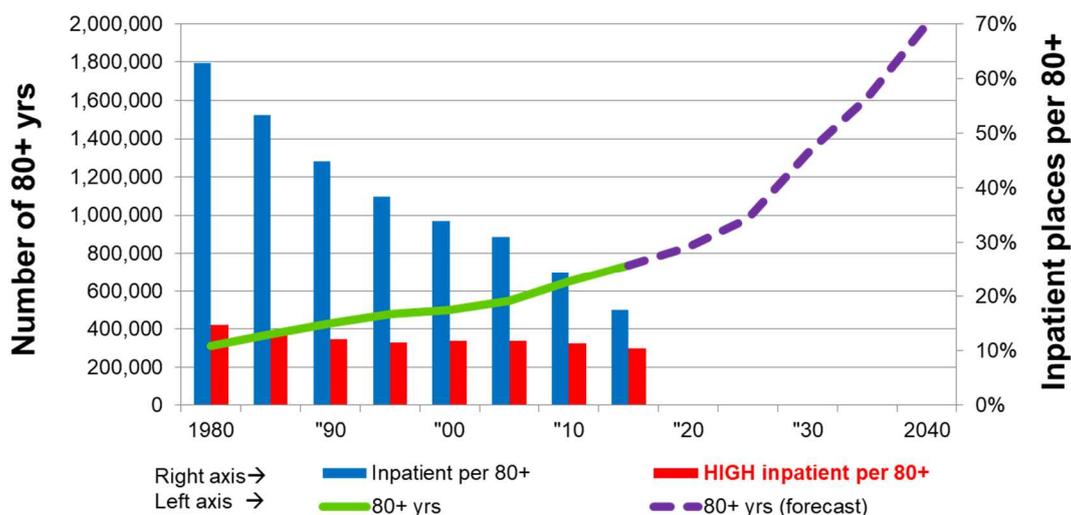
(出典) OECD Health data 2016

図 1-3 で示されるように、オランダは 2014 年段階ですでに OECD 諸国の中でも高い介護関連支出対 GDP 比となっている。それに加えて、2040 年には、80 歳以上人口が 3 倍に

達する（210万人）と予測されている。オランダは移民等の流入が盛んな国ではあるが、少子高齢化は確実に進行しているため、今後、介護を必要とする人々の増加が重要な問題となっている。現状でも高い介護給付を、何らかの形で抑制しつつ、介護保障を維持していく必要に迫られていたといえよう。

高齢化の進展に伴う要介護者の増加に加えて、施設から在宅への転換、予防介護の推進という流れが加速してきたことも、制度改革の要因となっている。保健・福祉・スポーツ担当省の担当者によると、オランダでは、介護の必要度が高くないにもかかわらず、配偶者の死去等をきっかけとして施設に入居するのが一般的であったと述べられている。しかし、現在では重度と医学的に認められない限り入居できない。また、過去に整備されている軽度要介護者向けの施設の老朽化等に伴って、施設入居に対して良いイメージを持たない高齢者も増加してきているそうである。そして何より、なるべくこれまで住んできた地域・住宅で生活を継続しつつ介護を受けたいという要望・願望も多くなってきている³。実際に、1980年以降、施設ケアを受ける高齢者の人数は減少し続けている。図1-4は、オランダにおける施設入居者数の推移を表したものである。

図1-4 オランダにおける施設入居者数の推移



(出典) オランダ保健・福祉・スポーツ担当省提供資料

図1-4における棒線のうち左側の（高い）棒線は、80歳以上人口における施設入居者数の割合を示している。1980年以降、一貫して減少してきていることがわかる。一方、折れ

³ もともと、オランダの介護保障体制に関しては、ウェイティング・リストが常に問題となっていた。大森(2006)によれば、2003年10月時点で、Home Careのうち、Home helpサービスを1単位受けるための平均待ち時間は128日、Basic helpに関しては218日、Admission to assisted living and careでは375日、Admission to somatic nursing homeでは197日となっている。軽度の要介護者向け施設サービスへのニーズは減少しているそうであるが、重度者向け施設はウェイティング・リスト問題が継続しているそうである。

線は、実線が 80 歳以上の高齢者数であり、破線がその予測値である。80 歳以上人口は増加し続けているが、80 歳以上人口に占める施設入居者割合は減少しており、施設から居宅への移行が継続的に進んでいることがうかがえる。右側の（低い）棒線は、80 歳以上人口における「重篤で常時介護が必要な人々」の割合であり、こちらは一貫してほぼ同水準で推移している。繰り返しになるが、80 歳以上人口は増加しているため、「重篤で常時介護が必要な人々」は増加していることになる。このような人々を中心に施設介護を整備し、それ以外の人々は基本的に居宅介護で対応するというのが、2015 年改革で行われたことである。2015 年改革では、24 時間の介護を必要とする人々が施設介護を受ける際の条件となり、社会保険である AWBZ（WLZ）で給付が賄われることになった。一方で、居宅介護は自治体の（補助金を含む）一般財源でカバーされる WMO に移管されることとなった。

1-3. 2015 年改革の特徴

2015 年改革およびそれ以前から断続的に行われていたオランダの介護保障改革は、以下の三つの点を目的としている。

1. 介護関連支出対 GDP 比の減少
2. フォーマルケアとインフォーマルケアのバランスの改善
3. 個々の事情に配慮した、介護の質の改善

まず、2015 年改革に先行して、2000 年代半ばから家事援助サービス等を WMO（地方自治体）へ移管していった。家事サービス等は、それ以前はケアを受ける人々全員に与えられた権利として扱われていたが、WMO への移管に際して、家事サービスの援助は本人の能力や家族・近隣・ボランティアの支援可能性等を自治体が勘案して、サービス給付を決定する形に改められた。このような「査定とサービス決定の個別化」（「台所での対話」）によって、2015 年には家事サービス給付の 40%を削減できた、ということである。また、要介護者と会話を行うサービスも 10%程度の削減が行われた。ヒアリングを行った保健・福祉・スポーツ担当省の担当者は、以下のように述べている。

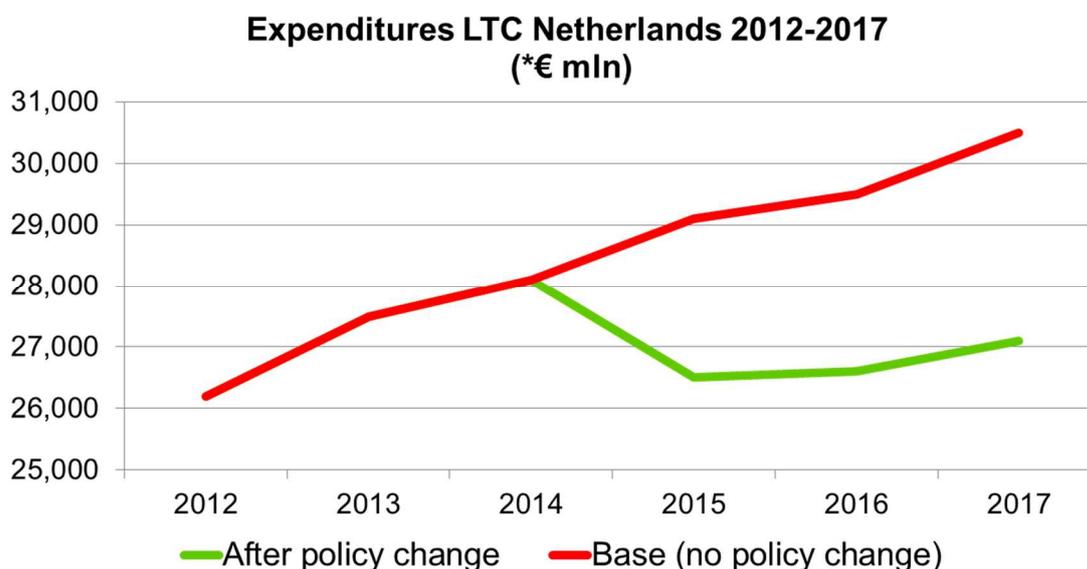
「市によって個々の査定というものが厳密に行われるようになりました。会話を通して家族もしくは近所の人にやってもらえるのか、もしくは自己負担できる金銭を持っているのかといったようなことまで、個別に細かく見られました。」

「例えば、週に 6 時間掃除をしてもらう権利があるというふうになっていましたが、その「権利」を取っ払ってしまって、必要であれば給付されるものというふうに取り替えました。例えば 2014 年では、4 時間の権利があるけれど、うちは大きいから 8 時

間の権利があると、そういうふうな話し合いになっていましたが、切り替えた後は「台所での対話」に持ち込んだので、自分でできることは何だろうというところを出発点として話し合っ、それができないのであればこちらから給付しようという、そういった考え方に変わっていきました。」

2015年改革では、増加し続ける介護関連給付を抑制するために、施設から居宅への転換と、費用の削減を行ったと捉えることができる。その手段として、普遍的なサービス提供を脱し、個別の事情に配慮したサービス給付を行うために、住民に近い行政主体である地方自治体（WMO）に居宅サービスを査定する権限および財源を移管したと考えられよう。ヒアリングに赴いたデン・ハーグ市の担当者も、”The help is custom made: the (individual) need for support is leading”と述べている。査定においては、本人の能力とニーズ、家族・近隣・ボランティアによる支援可能性を勘案するという意味で、公的介護保障は補完的な役割を果たす、という点が明確化された。すなわち、これまでの介護保障体制よりもフォーマルケアの領域を減少させ、インフォーマルケアの領域を拡大させていると見なすこともできる。健康・福祉・スポーツ担当省の担当者によれば、改革前のオランダの介護保障制度は、フォーマルな（公的な給付でカバーする）領域が広すぎる、という認識があったようである。2015年改革の結果、大幅に介護関連費用は減少した（図 1-5）。

図 1-5 政策実施前後の介護関連費用



（出典）オランダ保健・福祉・スポーツ担当省提供資料

図 1-5 において右肩上がりとなっている線は、2015年改革を行わず、高齢者の増加に伴って介護給付を行っていったケースの予測値である。2014年までは実績値となっている。

一方で、2014年から下側に枝分かれしている線は、2015年改革以降の実績値と予測値である。2015年改革の結果、介護関連費用が大幅に減少しているが、これは上で述べた家事サービスや会話サービスを大幅に削減した結果である。

オランダの介護保障制度において、日本と大きく異なる点として、AWBZ (WLZ) においては家族・近隣者のサービスに対して個人給付が可能になっている。しかし、AWBZ (WLZ) における家族・近隣者への給付は、同じサービスを外部のヘルパーに委託した際の費用よりも多くかかっている。以前の制度ではこの点がアンタッチャブルになっていた。今回の改正でWMOに該当する部分については、無料にすることを可能にした。

1-4. WMOの運営

AWBZは社会保険制度であり、そこから介護給付が行われていた。2015年改革によって、在宅介護の多くがWMOに移管されるのに伴って、実施主体は地方自治体に委ねられることになった。当然ながら、その財源構造も変化した。

基本的には、中央政府からの補助金が地方自治体の基金に分配され、それに自治体の自主財源を加えたものがWMOの財源となる。国の施策として重点化されているもの、例えば移民の女性で、家庭内に留まっている女性は「隠された人たち」と呼ばれているが、彼女たちの社会進出を支援する費用は、特定財源として中央政府から配分されている。一方で、WMOの介護費用などの中央政府からの補助金の配分は、日本の普通交付税の配分を念頭に置くと理解しやすい。測定単位（低所得者人口や高齢化率など）と単位費用に応じて、中央政府から地方自治体への分配金額が決定される。これら分配金は一括で、一般財源として配分されることになる。中央政府から地方自治体へ配分されるWMO関連の資金は、2015年改革以前のAWBZにおける介護給付に準じている。ただし、先に述べた家事援助や会話サービス等の、過去の介護給付ではカバーされていたが、WMO（地方自治体）への移管に伴って「個別化、効率化」された部分を除いた金額が配分されている。その後はパラメータ（測定単位）の変化に応じて配分額が変化している。中央政府（オランダ保健・福祉・スポーツ担当省）の認識としては、配分された費用で基礎的な給付はカバーされているとのことである。

地方自治体は法の範囲と議会の決定に基づいて、配分された一般財源と自主財源を各種施策に配分していく。したがって、必ずしも中央政府の配分（の基となった計算式に基づいた配分結果）と、実際の各種施策に対する地方自治体の支出額が一致するというわけではない。地方自治体は各地域のニーズに応じて、議会の決定を通じて柔軟に支出を変化させることが可能である。さらに、投入している自主財源の量も、地方政府によって異なっている。例えば、デン・ハーグ市の福祉関連支出（WMOにおける介護給付を含む）としては、独自に700万ユーロを追加している。

さらに、利用者の自己負担も、地方自治体によって異なっている。個人負担の自治体間格

差は、オランダにおいても問題視されてきているようである。この点については、ヒアリング実施時点で成立が見込まれている連立政権において、全国一律とする方向性で議論が進められるとの話を伺った。

AWBZ における介護給付は、認定に伴って自動的に権利（介護を受ける権利）が付与される。一方で、WMO における介護給付は、自治体が対象者の状況を査定し、何が補完できるのかを検討する、というのが大きな違いとなる。日本の介護保険制度では、要介護認定者は認定された要介護度に応じてサービスを利用できる。もちろん、基準額を超過した場合は、その分は全額自己負担となる。要介護認定に際しては、あくまで対象者の身体的・精神的な介護の必要度のみが査定されることになっている。WMO における介護給付は、WMO が全ての介護をカバーするのではなく、あくまで補完的な役割を果たすというのが大きな特徴である。

したがって、純粋な身体的な介護の必要性が同じ個人であったとしても、家族介護や近隣のサポートの有無、そして本人の要望によって、実際に提供される（利用できる）サービスは異なってくるということである。デン・ハーグ市の担当者は、WMO における介護給付の決定について、次のように述べている。

「最初に市が介護度を判定し、その人が何ができるのか、できないのかを見て、同時にその人の周辺の人によって何が提供されるのかという、この二つを常に一緒に見ていきます。」

1-5. WMO システムに対する疑問

前節で説明したように、WMO の財源は中央政府から配分された一般財源と、地方自治体の自主財源が中心となる。一方で、給付の決定に際しては、日本のように、ある要介護状態に認定されれば、それに応じて自動的に支給限度額が設定されるのではなく、家族や近隣介護の可能性、本人の要望を「台所での対話」を通じて把握し、補完的に給付を行うものとなっている。これらの財源と給付の決定プロセスを踏まえると、以下の疑問が生じる。

財源が地方自治体ごとに定額で与えられて、サービスのアレンジメントは地方自治体ごとにある程度裁量的にという仕組みでは、WMO における介護給付を減少させて、余剰資金を他の用途に用いるインセンティブが生じるのではないだろうか。さらに、個別にアレンジメントをするということは、受給者間でサービスの妥当性を比較するのが難しいということになるため、例えば財政的に厳しい地方自治体がサービスを削るようなインセンティブがないのか、という疑問が生じる。また、日本の介護保険制度のように、全国一律の要介護認定基準、給付内容が担保されているのではなく、個々の地方自治体で査定を行う場合は、地域間のサービス格差というのも問題となってくるのではないだろうか。

このような疑問に対して、オランダ保健・福祉・スポーツ担当省、デン・ハーグ市の各担

当者ともに、非常に楽観的な見解であった。具体的には、議会や市民の声の圧力といった民主主義的プロセスによって、適切に行政活動は監視されているという信頼感が基盤になっている。もちろん、日本から訪れた研究者に対する回答である事を考慮すれば、ある程度「建前」的な回答であることは否めないが、それを加味しても、市民や議会のチェック機能や意思決定プロセスへの信頼感が強く表れていると感じられた。WMO における介護給付へのチェックは、具体的には以下のように分類される。

- ① 中央省庁による監査・介入
- ② 議会を通じた適正性のチェック・マスコミによるチェック
- ③ 市民代表（有識者・利害関係者）の団体によるチェック
- ④ 施設介護と居宅介護の分離

中央省庁による監査として、内務省による監査が存在している。内務省による監査は4年ごとに1回行われており、中央政府から地方自治体への補助金の分配について、適切に行われているのかをチェックしている。ただし、個々の地方自治体が「基金の分配でベーシックな給付を満たしているか」をチェックしているわけではない。中央省庁による介入としては、保健・福祉・スポーツ担当省による監査が存在している。こちらの監査は定期監査という形ではなく、地方自治体において問題が生じた際に、省として強制性を持って介入するケースが存在する。省による介入例として、南ホラント州カットワイク市（Katwijk）の事例を紹介する。2015年改革の際に、カットワイク市では再査定を行わずに一方向的にサービスをカットする通知を送った。それは民主的なプロセスを経ていないということで、副大臣が見直しを勧告し、最終的に介入を行って是正したというケースである。この事例説明を行った保健・福祉・スポーツ担当省の担当者の意図としては、地方自治体の運営面で問題が生じた際には、中央省庁を通じて問題のチェックと是正が行われる、というものであったが、それは逆に、地方自治体が恣意的にサービスをカットできるということを意味している。

議会を通じた適正性のチェックとは、基本的には選挙を通じた民主的メカニズムによって、問題はチェックされ、是正されるというものである。市民の意向を無視して作為的な配分を行った場合、そのような決定をした議員は選挙で落選するという説明を受けた。しかしながら、日本も含めた多くの実証分析において、公共支出が政治的な影響を受けていることが明らかにされていること、選挙は必ずしもシングルイシューで争われるのではなく、「政策の束」を選択しなければならないことなどを踏まえると、どこまで実効的なのかは疑問が残った。ただし、このような感想を抱いたのは、民主主義的な政治システムや政治に対する信頼感の差違から生じているものかもしれない。また、マスコミによって問題が報道され、それが地方議会や国会で取り上げられるケースも多い。恣意的な配分によって問題が生じた場合、それがマスコミを通じて問題化し、是正への圧力となることが期待されている。

市民代表の団体によるチェックとは、利害関係者や有識者が所属する団体を通じて、議会

に対して提言を行うものである。地方自治体には法に基づいて市議会にアドバイスを行う機関が存在しており、そこには高齢者や障害者、受刑者などの代表者が所属し、サービスや待遇が適切なものなのかをチェックし、市議会に提言する役割を果たしている。

最後に、施設介護と居宅介護の分離である。2015年改革以降、施設介護を受けるためには常時（24時間）の介護を必要とすることを要件としている。そして、そのアセスメントはWLZが独自に行っており、そこで適格と認められれば施設介護サービスを受けることが可能になる。すでに述べたように、WLZは地方自治体とは無関係に社会保険制度として運営されている。WLZで適格認定を受けられなかった場合、改めてWMOにおける適格認定を受けることになる。こちらもすでに述べたように、WMOにおける介護給付は地方自治体ごとに異なっている。日本の介護保険制度では、介護保険施設への入居基準として要介護度3以上というものが設けられたが、それ以外は居宅・施設の区別は行っていない。オランダでは、重度と軽度、施設と居宅の選別において、財源も運営も異なる主体が査定を行うことで、居宅で生活可能な要介護者が施設に移行しないような仕組みを取っている。

1-6. 小括

オランダの介護保障制度を、主として2015年改革を中心にまとめてきた。本小節では、そのまとめを行い、日本の介護保険制度と比較を行う。

まず、オランダの介護保障制度（2015年改革以降）をまとめる。2015年に行われたオランダの介護保障制度改革は、AWBZにおける介護給付が増大し続けることに対する危機感から遂行された。具体的には、費用の高い施設サービスから居宅サービスへの移行を行い、それと同時に居宅サービスについては地方自治体が責任主体であるWMOによって運営されることとなった。このような介護サービスの分権化に伴って、これまで一律で給付が行われていたサービス内容の見直しが行われ、個人の事情やニーズに沿った「補完的」給付へと転換していった。その中で、家事サービスや対人会話サービス等が大幅に削減された。この点については、「分権化に伴う効率化」がなされたという認識である。

社会保険制度であるAWBZはWLZに移管され、主として重度要介護者をケアする施設サービスに限定されることになった。施設サービスの費用は高いため、介護費用全体としてはWLZの方がWMOよりも高くなっている。しかしながら、WLZへの移行によって、カバーする範囲・費用は大幅に減少した。WLZは社会保険方式を維持し、適格認定も独自に行っている。すでに述べたように、施設サービスを希望する場合はWLZの適格認定を受けなければならない、それは個別自治体の状況とは無関係である。

WMOにおける介護給付は、中央政府から配分された一般財源と地方自治体の自主財源によって賄われている。地方自治体に権限を移譲するということは、より住民に近い地方自治体が個々の住民の状況やニーズを適切に把握し、それぞれに応じたサービスを決定することで「効率化」が図られているという認識に基づいている。したがって、地方自治体ごと

に認定や給付が異なる事は当然であり、それが法の範囲内であり、地方議会の決定に基づくものであれば、問題とは見なされない。WMOの財源を配分する中央省庁の見解は、配分された資金で「最低限のニーズ」は満たされているはずであり、地方自治体が追加的に自主財源を投入することは地方自治体が地域の実情に応じた裁量性の発揮であるというものである。また、地方自治体が効率化によって配分された資金より少ない費用で運営を行ったとしても、それが法の範囲内であり、地方議会の決定に基づくものであれば、問題とは見なされない。手続き上の問題があれば、中央省庁より介入がなされる場合もあるが、基本的には地方自治体の民主主義的プロセスによって調整されるべきであると考えられており、また、現在のところ大きな問題は生じていないという認識である。

オランダの介護保障改革は、日本の今後の介護保障に対して大きな示唆を与えるものとなっている。なぜならば、日本においても「施設から在宅へ」という流れが進展しており、さらに地方自治体（市町村）を中心として軽度在宅ケアを推進する地域密着型の介護が進行しているからである。しかしながら、日本の介護保険制度は、オランダの介護制度改革と逆の方向性を志向している。すなわち、インフォーマルな家庭内介護の重圧から介護者（主たる介護者である女性）を解放し、福祉の社会化を行うことを目指している。したがって、介護保険制度で包括的な介護サービスを提供することを目指している。つまり、介護保険制度でカバーされる範囲が非常に広く、インフォーマルサービスを可能な限りフォーマルサービス化することを志向しているのである。それ故に、介護保険給付費は増加し、保険料も上昇することになる。在宅で介護を受ける場合に、そのケアを誰に・どこまで求めるべきかという論点は、今後大きな争点になるであろう。

日本の介護保険制度は、保険者（市町村または複数市町村の広域連合等）によって運営されている。65歳以上の第一号被保険者の保険料は、その保険者における介護保険の利用状況と連動している。このような説明を踏まえると、日本の介護保険制度は「分権化」されているように見える。しかしながら、制度上、オランダのWMOのような分権化されたものではない。日本の場合、要介護認定に関しては全国一律の基準に従って評価される。また、家族介護や近隣介護といったインフォーマルな事情は評価の対象ではない。原則的には居住している自治体や家族関係等にかかわらず、同じ状態であれば同じ要介護認定を受け、その支給限度額の範囲内でサービスを選択することができる。要介護認定における市町村の裁量性が制度上認められていないにもかかわらず、保険料負担に関しては、地域における負担と連動することになっている。（社会）保険として運用することを考慮すれば、規模が大きい方が安定する上に、保険料の格差も生じない。より住民に近い行政主体が認定を行った方が「効率的」であるとするならば、全国一律の（裁量性のない）要介護認定を市町村が行うことの意味は薄いと考える。そういった意味では、全国レベルの保険で高コストかつ重度の要介護者の施設ケアを賄うWLZと、地域に根ざした居宅介護を住民に最も近い地方自治体が主体的に行い、最低限の財源保障を中央政府が行うWMOという役割分担は、参考にすべき部分が多い。

2. ドイツの介護保障 1：ドイツの高齢化と介護の課題

2015年12月31日時点でのドイツの総人口は8,220万人となっている。これは2011年の人口に比べて200万人増となっている。人口減少局面に突入した日本とは、この点が大きく異なっている。女性1人当たりの出生率は1.4人になっており、低出生率で少子化傾向であるのは日本と同じであるが、人口が増加し続けているのは、後述するように移民政策の影響が大きい。男性の平均寿命（余命）が78.2歳、女性の平均寿命が83.1歳となっている。この平均寿命と人口規模は2030年まではおそらく変わらずに維持されるであろうと予想されている。つまり、人口の縮減は2030年までは起こらないと考えられている。

出生率は低いが自然人口減にならない理由は、ドイツは移民の受け入れを進めているからである。この移民で増加している部分のかなりの部分が難民でもある。過去2年間は特にそういう状況であった⁴。ただし、人口減少局面には突入しないが、全体としては高齢化が進んでいるということに留意する必要がある。現在、急速に増大している年齢層が80歳以上の人々である。80歳以上の年齢グループが2013年には全国民の5%、2030年には8%に増え、2060年には16%に上昇することが見込まれている。その次の年齢グループである65歳～79歳は2013年にすでに15%を占めており、2030年には20%と予想されている。以上の人口動態より、2030年から35年あたりを目途として、ドイツ国民の3分の1が60歳以上の人口構成になるということが見込まれている。以上をまとめると、ドイツは低出生率であるが、移民を受け入れることで人口減少には至らない。しかし、人口動態を見ると高齢化は進むと予測されている。

国全体で見ると以上のような人口動態となるが、地域間では人口動態は大きく異なる。特に、旧東ドイツと旧西ドイツの州間で、高齢化の進展や人口減少の度合いが異なっている。ドイツにおいては、特に旧東ドイツ地域を中心として過疎化が進んでいる。人口流出が起きており、地方部から都市部に人口が流入しているという状況を反映している。地方部において高齢者が取り残されていき、地方部の高齢化が非常に速いペースで進んでいる。この地方部において高齢者の自立した生活の継続が今後困難になっていく、すなわち自治体側ができる介護も含めた生活のサポートが今後崩壊していくシナリオもあり得るとドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省の担当者は述べている。

ドイツ全体の人口動態を地域別に見た場合、ベルリン、ミュンヘン、フランクフルト、ハンブルク、ブレーメンのような都市部を見ると人口は増えているが、特に旧東ドイツ地域を中心として地方部においては過疎化が急速に進んでおり、そのような地域における住民の生活の維持、あるいは生活のサポートを維持していくことが難しくなってきた。学校の閉鎖も行われるようになってきた。ベルリンを除く旧東ドイツ地域、メクレンブルク＝フォアポンメルン州、テューリンゲン州、ザクセン＝アンハルト州、ザクセン

⁴ ヒアリング実施は2017年10月である。

州、ブランデンブルク州では、移民・難民の流入を受けてはいるが、それでも高齢化が進んでいる。高齢化の動向を見ると、2013年は旧東ドイツ地域では24%だったが、2030年には32%になるだろうと見込まれている。ベルリンを除いた旧東ドイツ地域の人口は2013年の実績が1,250万人だが、2060年までに900万人に減少することが予想されている。この中でも特に重要な部分が、人口動態上の生産年齢人口、すなわち20歳から64歳までの人口が⁵、800万人から500万人に減ると見込まれていることである。すでに述べたように、ドイツ全体では人口規模が維持されるとの予測であるので、旧東西ドイツ州間の人口および高齢化率の格差は拡大していくということになる。ドイツは連邦制国家であるため、州の権限が非常に強い。しかし、今後、州間の格差が拡大していく中で、旧東ドイツ地域の自治体を支えていくことができるのかという点について議論が進められているとのことである。

高齢化の進展に伴って、認知症患者の増加が見込まれており、介護において認知症患者のケアをどのように行うのが重要な課題となってきた。後述する、2017年に実施された介護保険改革では、認知症患者を介護保険の体系にどのように取り込むかに焦点が当てられている。ドイツにおける認知症患者数の推定値は160万人であるが、2050年には300万人まで増加することが見込まれている。ドイツにおいては、連邦保健省と市民社会の様々な団体が共同して、認知症患者のためのアライアンスという組織が立ち上がっている。このアライアンスは、自治体や州政府そしてそのほかの様々な市民団体の代表者が参加し、さまざまな措置を考案し、実施していく団体である。このアライアンスが行っている措置の中に、地域における人のネットワークの強化というものが存在している。それは、認知症患者と患者の家族が地域のネットワークからのサポートを必要としているということの意味している。現在、500ぐらいのローカルアライアンスが創られている。

認知症患者はなるべく在宅の介護が行われるよう、なるべく在宅にとどまることができるように必要な地域のネットワークを拡充したり、相談サービスを提供したりということが課題となっている。増加する認知症患者を含めた要介護認定者を、施設ではなく、なるべく地域（居宅）で介護をしつつ生活を継続していくことが重要な課題であり、そのために地域においてどのようなサポートが可能であるか、そして介護保険制度をはじめとして、どのようなフォーマル・インフォーマルな介護保障体制を築くことができるのが課題である。

その一端として、認知症患者についてどのように介護保険で扱っていくのかということに関して2017年に介護保険制度改革が行われたが、その際の認知症患者の介護保険制度への統合ということについては、ドイツがむしろ日本から学んでいると、ドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省の担当者（当時はドイツ連邦保健省で介護保険改革を担当していた）は述べていたのが印象的であった。高齢化の進展や人口減少、そして地域間の人口

⁵ ドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省の担当者は、20歳から64歳の人口と説明を行っていた。日本では生産年齢人口の定義は15歳から64歳である。

動態の格差に関しては、むしろ日本がドイツを先行している状況にある。日本における議論や経験が、他の国や地域の取り組みへの示唆になり得るということを示しており、日本とドイツとは高齢者の介護問題、人口動態のチャレンジということについてはお互いが学び合う関係にある。

3. ドイツの介護保障 2：介護保険制度と制度改革について

3-1. ドイツの介護保障制度と 2017 年改革

社会保険制度を中心に運営されているドイツの公的介護保障制度は、それを参考に導入された日本の介護保険制度と比べて、介護認定の段階が少なく、認定の基準も高いことが指摘されてきた。しかし、2017 年に改革が行われ、以前よりも段階が増えて 5 段階になり、従来の認定者は 5 段階になる前の段階よりもほぼ上の階級に引き上げられるという形になった。この背景には、日本も同様に増加し続ける認知症患者への対応という課題が存在している。

要介護度を 3 段階で評価をしていた当時は⁶、疾病金庫の中にある医療サービス (MDK) が要介護認定を担当していた。要介護度が 5 段階に引き上げられた後も、引き続きこの MDK が認定を担当している。具体的には、疾病金庫が共同で州ごとに設置している MDK の審査を経て、保険者である疾病金庫が認定を行う。

日本語では「要介護度」という言葉になるが、ドイツでは 2017 年改革までの要介護度を「シュトゥーフエ」(英語では「ステップ」)と呼んでおり、2017 年改革以降の要介護度を「グラデー」(英語では「グレード」)と呼称するようになった。つまり、2017 年改革は、単純に要介護度の認定段階を増やすというものではなく、要介護度の概念を変化させる試みであった。2017 年改革までの評価では、基本的には身体的な状態を基準に要介護度を評価し認定していたが、2017 年改革以降は要介護度「グレード」という概念を導入し、身体的な状態では必ずしも見てとることができない、認知症のような精神的な部分の、あるいは知的機能の部分を含んで評価する方式に変わった。身体的機能の程度だけではなく、認知症も含めた精神・知的機能も含めた要介護の概念を導入することについては、15 年近く議論がされてきており、前政権のときにこの認知症についても要介護度の認定基準に含めることが決まった⁷。

2017 年改革によって、認知症患者等が要介護認定のカテゴリーに入ったのであるが、2017 年改革以前も認知症患者等に対する公的介護が存在していなかったわけではない。まずは身体的な状態を評価し、その後に認知症があるかないかを評価していた。認知症は一応評価の基準にはなっていたのだが、まずは身体的な状態、そしてそのあとに認知症とその評価が二つに分かれていた。身体的な介護の必要度が先に評価されていたということである。2017 年改革によって、身体と認知症の部分、すなわち知的な能力の部分の評価が一次、二次ということではなく、同じランクの重要性を持つに至った。

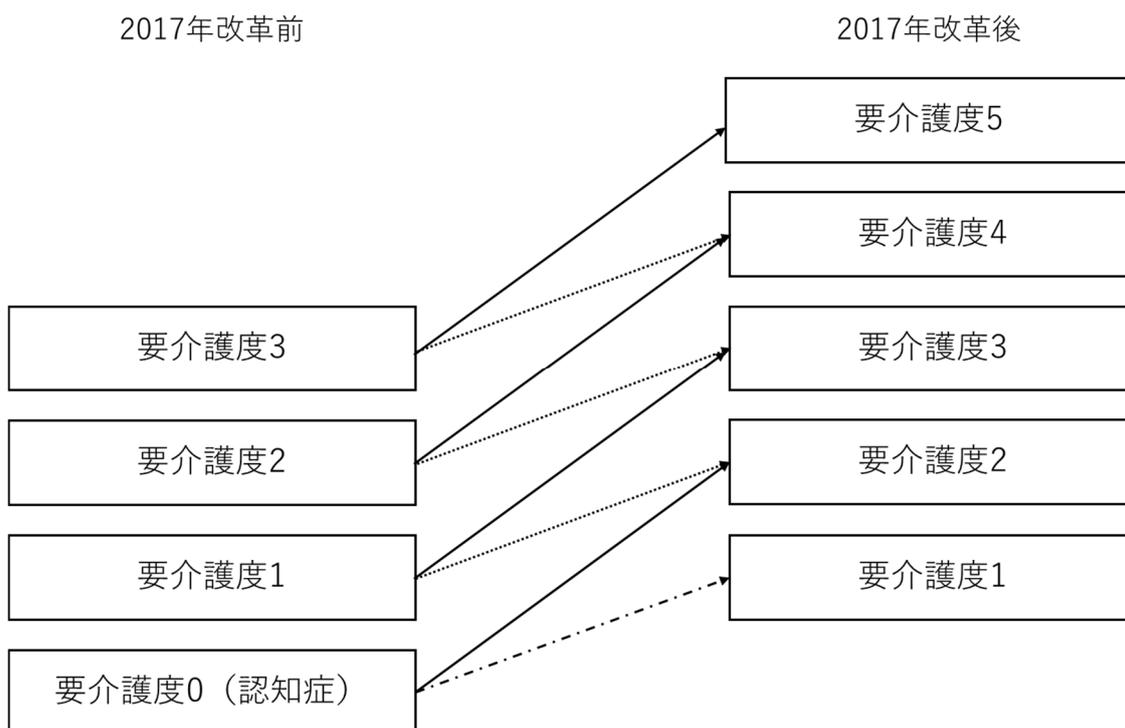
⁶ 3 段階とされているが、実際にはより重度のケース (過酷ケース) と、身体的には介護の必要性は薄い、認知症を抱えている人々のカテゴリー (要介護度 0) が存在していた。

⁷ 第 3 次メルケル政権

2016年から2017年にかけて、それまでの要介護度のシフトウーフェにあった人たちが新しいグレードに移行することになった。その際には「認知症を抱える要介護認定者は2段階レベルがアップする」という原則が適用された。つまり、2016年の終わりまでに要介護度レベルがゼロで評価されていた人々、つまり認知症を抱えていたが、旧基準の介護保険の要介護度1から3には入っていなかった人々が、2017年以降は要介護度2に変わったということになる。また、認知症患者でかつ身体的な状態が良くなかったがために、旧基準で要介護度が3であった人は、2017年以降は5になった。

一方で、認知症がなく、身体的な状態のみで評価をされていた認定者は、新しい要介護度が適用されたときにレベルが1上がることになる。したがって、旧基準において何らかのシフトウーフェに該当していた認定者は、新基準では上のグレードに上昇することになり、旧基準で認定されていなかった認知症患者については、新基準で2グレード上の評価を受けることになったのである。2017年改革前後の要介護度を図示したのが図3-1である。

図3-1 ドイツにおける要介護度の変化



(出典) 筆者作成

図3-1における点線の矢印が、身体的な要介護状態にある人々の移行（シフトウーフェからグレード）であり、実線の矢印が身体的機能に加えて認知症を抱えた要介護状態にある人々の移行を示している。旧来の要介護度0から要介護度3の人々は、新制度の要介護2以上に移行したことになる。2017年改革移行に新しく設定された「要介護度1」は、以前

では身体的な要介護度の評価が満たされていなかった、すなわち介護給付を受けることができなかった人々が認定されるようになったグレードである。この要介護1のグレードを、ドイツ連邦保健省では非公式に「予防的介護度」の段階と呼んでいる。具体的には高齢者が在宅でいられる期間、自立して生活できる期間をなるべく延ばすために、住居のさまざまなインフラを変えていくということが必要になるレベルと考えている。各要介護度における具体的な介護給付については3-3節の表3-7で示しているが、新基準における要介護1の給付内容・金額はかなり制限されたものとなっている。

2017年改革は、すでに述べたように、旧基準での認定者のグレードを引き上げただけでなく、旧基準では認定されていなかった人々も給付の対象となる。したがって、改革によって要介護認定者数は大幅に増加することとなった。表3-2、表3-3は、2017年改革前後での要介護認定者数の変化である。

表3-2 2016年12月31日時点での要介護認定者数（単位：人）

	居宅	施設
要介護度1	1,274,300	338,720
要介護度2	546,027	290,064
要介護度3	153,870	146,220
合計	1,914,197	775,004

（出典）ドイツ連邦保健省提供資料より筆者作成

表3-3 2017年6月3日時点での要介護認定者数（単位：人）

	居宅	施設
要介護度1	75,607	3,027
要介護度2	1,211,569	191,811
要介護度3	651,122	231,233
要介護度4	280,731	222,075
要介護度5	108,770	127,894
合計	2,372,799	776,040

（出典）ドイツ連邦保健省提供資料より筆者作成

2016年12月31日から2017年6月3日のおよそ半年間で、要介護認定者数はおよそ35万人増加している。これは、増加率で示すと約13%の増加である。居宅の場合は以前の要介護度1であった人々が全体の64.5%、そして要介護度2であった人々が27.7%を占めているので、両者を合わせて90%以上になる。これらの人々のうち、要介護度1であった人が新しいグレードの2か3、そして要介護度2であった人が3か4に移行したということになる。次に施設介護を受けていた人々で要介護度であった人々が43.7%、要介護度2

が 37.4%である。居宅と施設介護の両方を合わせた数は要介護度 1 が 160 万人、要介護度 2 が 80 万人、要介護度 3 が 30 万人である。これらの人々がそれぞれの新基準の要介護度に移行した。

注目すべきは、施設入居者は改革前後でわずか 1,036 人しか増加していないということである。オランダ同様、ドイツにおいても「施設から居宅へ」という介護の方向性が重視されており、2017 年改革によって介護保険でカバーされる人々が増加しても、そのほとんどが居宅介護で吸収されていることがわかる。

3-2. ドイツの介護保険財政

ドイツは、介護保険については保険料で賄われており、保険料は労使折半の形式で徴収している。2015 年に第 1 回目の介護保険強化法が導入され、その結果として賃金の 0.3%が介護保険料の上乗せ分とされた。2017 年以降の介護保険料は賃金の 2.8%か 2.9%で、第 1 回目の介護強化法のとときに 0.3%引き上げられ、2017 年の第 2 次介護強化法でさらに 0.2%引き上げられている。この 0.2%の引き上げは、2017 年改革によって要介護認定者が増加することへの対応として導入されている。子どもの有無でその保険料率が異なっており、子どものいない人が 2.8%、子どものいる人は 2.55%となっている。

引き上げられた分の 0.1%については、すぐに支出に回さず 2035 年まで蓄えておくことが定められている。これは、2035 年以降の介護保険支出に備えるための引当金として、手を付けないことになっている。ドイツは賦課方式、すなわち現役の人たちが払った介護保険料がそのまま支出に回っていく仕組みになっているので、今後支出が増加していくため、保険給付が増えていくこと、そして保険料率の値上げが起こることが分かっているため、急激な保険料率の値上げを避けるためにこの 0.1%を基金化することになっている。保険料の引き上げについては、ドイツ社会法典第 11 で 3 年ごとに支出と保険料による収入のバランスを見直すという規定があり、支出だけではなく、インフレ率等も考慮して保険料率を適合させることが示されている。

2017 年改革以降の介護保険財政データはまだ存在していないが、2016 年度までのデータについて以下でまとめる。表 3-4 はドイツの介護保険の収支を示している。

表 3-4 ドイツ介護保険財政の推移（単位：10 億ユーロ）

	総収入	総支出	収支 バランス	流動性資金	運転資本と 準備義務
2002	16.98	17.36	-0.38	4.8	2.2
2003	16.86	17.56	-0.69	4.9	2.2
2004	16.87	17.70	-0.82	4.2	2.3
2005	17.49	17.88	-0.36	3.4	2.3
2006	18.49	18.03	0.45	3.5	2.3
2007	18.02	18.34	-0.32	3.2	2.3
2008	19.78	19.14	0.62	3.8	2.5
2009	21.31	20.33	0.99	4.8	2.6
2010	21.78	21.45	0.34	5.1	2.7
2011	22.24	21.93	0.31	5.4	2.8
2012	23.04	22.94	0.10	5.5	2.9
2013	24.96	24.33	0.63	6.2	3.1
2014	25.91	25.45	0.46	6.6	3.2
2015	30.69	29.01	1.68	8.3	3.5
2016	32.03	31.00	1.03	9.3	3.7

（出典）ドイツ連邦保健省提供資料より筆者作成

2008 年以降、ドイツの介護保険収支は黒字が続いており、2015 年の第 1 次介護強化法による保険料率引き上げによって、さらに収支バランスは黒字へと動いている。2017 年改革により 30 億ユーロ、その後 20 億ユーロ増加していくことを想定し、第 2 次介護強化法による保険料率の引き上げが実施されている。

続いて、ドイツの介護保険における居宅・施設別の給付費を表 3-5 で示す。

表 3-5 ドイツの介護保険給付費（単位：10 億ユーロ）

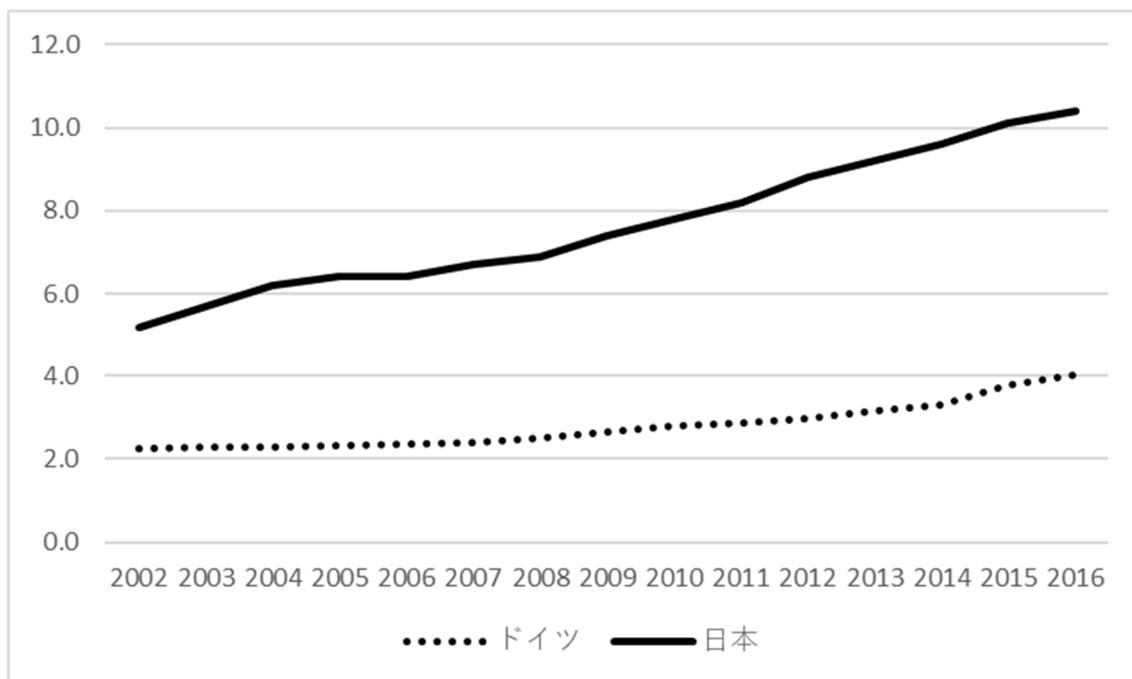
	居宅	施設
2002	8.3	8.2
2003	8.2	8.4
2004	8.2	8.6
2005	8.2	8.7
2006	8.2	8.9
2007	8.4	9.1
2008	8.9	9.3
2009	9.6	9.8
2010	10.2	10.3
2011	10.4	10.5
2012	11.1	10.8
2013	12.3	10.9
2014	13.1	11.2
2015	14.6	12.1
2016	16.5	12.4

（出典）ドイツ連邦保健省提供資料より筆者作成

2000 年代前半から後半にかけて、居宅サービス給付が抑えられていた一方で、施設サービス給付が伸びてきていることがわかる。2010 年代以降も、施設サービス給付費は増加しているものの、それ以上に大きく居宅サービス給付費が伸びている。このことから、「施設から居宅へ」という介護の方向性が重視されてきていることがうかがえる。

ドイツの介護給付費と日本の介護給付費の水準と変化を比較してみよう。もちろん、両国では人口・高齢化率・要介護認定の基準や給付費が異なっているため、単純に比較することに大きな意味はない。しかしながら、両国における介護費用の大きさを大まかにつかむのには有用であろう。今回は 1 ユーロ 130 円として換算し、グラフを作成した。結果は図 3-6 で示す。

図 3-6 介護給付費の比較（1 兆円）



(出典) ドイツ連邦保健省提供資料・厚生労働省資料より筆者作成

なお、2016年時点での両国の高齢者数を用いて計算すると、高齢者1万人あたりの介護給付費は、日本が約30億円、ドイツが約23億円となり、高齢者人口あたりで見ても、日本の方が高くなる。

3-3. 要介護度別の給付水準と「補完性の原則」

ドイツの介護保険制度は「部分保険」と指摘されている。すなわち、介護費用の一部のみを介護給付として支え、私的保険や本人の資産、家族による負担も含めて介護費用を賄うことが原則となっている。日本の介護保険制度が「介護からの家族の解放」を目的としており、公的介護保険制度が介護のほとんどを占めているのとは対照的に、ドイツでは公的介護保険における給付は限定的だと指摘されている。また、すでに述べたオランダの介護保障制度では、ドイツ同様に親族・近隣介護を重視しているが、オランダの場合は親族介護等の利用可能性を加味した上で、公的介護が「補完する」のに対し、ドイツでは公的介護で賄えない部分を私的介護で「補完する」という形になっており、そのベクトルは異なっているという印象を受ける。

また、家族や近隣介護によって補完するという目的上、家族や近隣介護者への現金給付が制度に織り込まれている点も特徴的である。表 3-7 は、2017年改革以降の要介護度別の介護給付費を示したものである。

表 3-7 2017 年以降の要介護度別給付額

要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
● 介護手当（親族等介護者への給付・月額・ユーロ）				
—	316	545	728	901
● 現物給付（月額・ユーロ）				
—	689	1,298	1,612	1,995
● レスパイトケア（介護者が休憩をとるために一定期間事業者または知り合いに介護を有償で委託した場合、一定額まで償還を受けられる制度・最大年 6 週間・ユーロ）				
➤ 近親者				
—	474	817.50	1,092	1,351.50
➤ その他				
—	1,612	1,612	1,612	1,612
● 短期ケア（入院後などに短期の介護を必要とする者へのケア・最大年 8 週間・ユーロ）				
—	1,612	1,612	1,612	1,612
● 夜間ケア（月額・ユーロ）				
—	689	1,298	1,612	1,995
● 外来診療の救済額（月額・ユーロ）				
125	125	125	125	125
● 高齢者グループホームへの補助（月額・ユーロ）				
214	214	214	214	214
● 完全施設介護（月額・ユーロ）				
125	770	1,262	1,775	2,005

（出典）ドイツ連邦保健省提供資料より筆者作成

給付費目については、この表以外にも住宅改修への補助や、福祉用具購入補助など、多岐にわたっている。上記の表から明らかなように、親族や近隣介護者への現金給付や、家族介護者が介護できない際に事業者サービスを購入する際の給付など、家族・近隣による介護サービス供給をサポートする仕組みが内在されている。日本の場合、支給限度額の範囲内で介護サービスの組み合わせを選択することになるが、ドイツの場合は、特定の状況になった際の補助という形をとることが多い。

支給限度額を見てみると、最重度の要介護度 5 で施設介護を受けた場合、月額 2,005 ユーロとなっている。1 ユーロ 130 円で換算すると、月額およそ 26 万円となる。日本におけ

る要介護度 5 の支給限度額は月額 36 万円であることを踏まえると、ドイツにおける給付水準はかなり低いことがわかる。

ドイツ連邦保険省の担当者によると、実際の介護ニーズのどの程度が介護保険でカバーできているのかという点については、不明確であるとのことである。居宅介護に関してはかなりの部分が介護保険で賄うことができるが、施設サービスについては、施設ごとに費用は異なっているため、費用が高い施設の場合、私的保険や自己負担、家族の連帯責任で賄うということになる。それでも不足する場合には、公的扶助によってカバーがされることになる。

さて、ドイツの介護保険制度の特徴として、表 3-7 でも示したように家族介護者や近隣介護者（ボランティア等も含む）による介護に対して、介護保険からの現金給付が認められている点が挙げられる。ただし、最重度の要介護度 5 でも、限度額は月額 901 ユーロとそこまで高いわけではない。日本では、インフォーマルな家族間でのケアに介護が委ねられていた経緯から、介護保険の導入に際して、家族介護者等への現金給付が組み込まれてこなかった経緯がある。また、ドイツの現金給付は、要介護者の口座に振り込まれて、介護者に渡される仕組みとなっているが、これが適切に渡されているのかという疑問も残る。この問題は二つの側面があり、一つは、介護者に対してきちんと現金給付が渡されているのかという問題であり、もう一つは、現金給付を受け取っている介護者がきちんと介護を行っているのかという問題である。以上の疑問について、ドイツ連邦保健省の担当者に伺った。

まず、家族の負担を減らすという意図は、当然ドイツにおいても存在している。もともと在宅で介護を受けたいという人が 7 割と多数派であり、在宅の介護を強めなければならないという課題にも直面していた。そこで、介護をする家族の負担を減らすために、家族介護時間法の改正を行った。介護休暇が 2 年間取れるようにし、そして 2 年後に職場復帰ができるよう労働法を整備し、保証している。具体的には、2 年間のうち 6 か月はフルタイムで介護を行うことが認められ、残りの 18 か月については短時間労働を行いつつ介護を行うことができる。この介護期間が終わった後、また正規のフルタイムに復帰するという、雇用関係を維持する権利を労働者は有する。

また、10 日間の緊急短期介護が認められている。例えば親族が発作であったり、脳梗塞であったりして動けなくなって、緊急に介護が必要になった場合に 10 日間、具体的には 10 労働日になるので、週末を入れれば 2 週間、緊急短期介護休暇を取得することができる。その 2 週間の賃金については、介護保険が支給する。その後、脳梗塞などを患った本人が要介護になった場合、上で述べた介護休暇が 2 年間取得できる。6 か月のフルタイム介護期間は無給となり、18 か月間の短時間労働においても賃金は大幅に低下するおそれがある。そこで、生計を維持するのに不足する部分については、貸し付けを行う制度が実施されている。しかし、実際に制度開始以降の 2 年半で、貸し付けを申請した人は 800 人程度であり、本制度は機能しているとは言いがたいと、ドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省の担当者は述べている。介護休暇を取得している人々は 1 年間で 6 万人程度であり、緊急短期介護の利用者は 1 年間で 1 万人程度とのことである。

また、介護疲れが起きたときに、最大1年間と6週間の休暇を取って、その6週間の間は介護金庫からスタッフを送り込むという形でサポートをしたりするというシステムを造っている。つまり、ドイツでは家族介護者に対する介護休暇等のサポートや、介護保険制度内のレスパイトケアを利用することで、家族介護の負担を軽減することを目指している。この背景には、日本以上に家庭内扶養が希薄なドイツにおいて、施設ではなく在宅で介護を受けつつ生活する社会を実現するためには、介護主体である家族への金銭的・非金銭的対処が必要である、という認識が存在するのではないだろうか。この認識は、近隣介護者等に対する現金給付にも現れている。

現金給付の問題について、ドイツ連邦保険省の担当者は、介護者に対してきちんと現金給付が行われているのかという問題については楽観的な見通しであった。

「きちんと手当を渡さないということがありますと、家族や友人が来てくれなくなります。そういったメカニズムが働いて、手当はもちろん介護を受ける本人に振り込まれますが、それはちゃんと介護をする人たちの手に渡っていると思います。」

ただし、担当者は同時に以下のコメントもしている。

「ただし、例えば600ユーロもらっているうちの実際に支払っているのは500ユーロで、100ユーロは自分の口座に残る、ということはあると思います。」

家族・近隣者への現金給付を要介護者が不正に着服するという可能性は、排除しきれない。ただし、要介護者が給付を完全に着服してしまえば、そもそも家族・近隣者からの介護を受けられなくなる上に、現金給付の限度額も低くなっていることから、大きな問題は生じてはいないという認識であった。どちらかといえば、後者の問題、すなわち現金給付を受け取っている介護者がきちんと介護を行っているのかという問題の方が重要視されているという印象を受けた。それを防ぐために、半年に1度、要介護度のグレードが高い人に対しては四半期に1度の頻度で訪問調査を行うことで、要介護者が適切に介護を受けているのかをチェックしている。

いずれにせよ、家族・近隣介護者への現金給付は、限度額が低くなっていることも含めて、あくまで補完的な存在であると位置づけられているように思われる。また、実際の利用に際しては、ある程度ルーズな部分があることを許容しているように思われる。それでも家族・近隣介護者への現金給付を行っているのは、単身高齢者が増加していく中で居宅で介護を受けつつ生活を継続していくためには、家族のみならず近隣・ボランティア等の地域ネットワークを活用するしかなく、そのための必要な対価であると認識されているからではないだろうか。

3-4. 施設介護の問題と介護サービス・価格の地域差

3-3節で言及しているが、ドイツにおいては施設入居者の負担が大きいという問題がかねてから生じていた。また、施設ごとに費用が異なっている。日本とドイツの介護保険制度は、社会保険であるということ以外は全く異なっているといえなくもないが、その中でも大きな違いとして、介護サービス価格形成メカニズムの違いが挙げられるだろう。日本の場合、公的介護保険制度における介護給付を受けるために、介護サービス事業者は一定の時間・人員・サービス内容を遵守し、それに基づいた点数から報酬を得る仕組みとなっている。したがって、どのような地域・事業者であっても、同じサービス内容であれば同じ公定価格を受け入れなければ、介護保険の事業者として業務を行うことはできない。一方で、ドイツでは事業者や施設ごとにサービス内容や費用は異なっている。サービスに対応する介護保険からの支払は、疾病金庫（介護金庫）と事業者の交渉によって決定される。

例えば、要介護度 4 の認定者がいた場合、どの施設に行っても同じサービスが受けられるとは限らない。各施設には、要介護度 4 の人を受け入れる際には必ずこのレベルのサービスを提供しなければならないというものがあるわけではない。施設 A, B, C が同じ自治体にあったとして、それぞれの施設によって提供されるサービスも異なり、価格も異なっている。

ドイツにおいては、施設の場合は専門技能、つまり有資格の介護要員を最低限 50%は抱えていなければいけないと決められている。最低限基準のみを満たしている場合、残りの 50%は有資格ではないヘルパーでも問題ない。一方で、7割、もしくは8割が有資格者であるという施設もあり、そういう施設であればもっと良い介護を受けられるという宣伝をして、クライアントを獲得することが可能になる。しかし、やはり有資格の人の給与は高くなるので、その分介護費用も高くなることになる。ドイツにおいては、介護施設は一定の基準を満たしていることが求められるが、その基準以上に独自性を発揮し、それを一種の「売り」として入居者を募集するという、一種の質の競争が行われている。それが可能であるのは、施設ごとの介護サービス費用が、疾病金庫との交渉によって決定されるという仕組みであるからである。ただし、高い質の施設は費用が高くなるであろうことから、利用できる人々はある程度裕福な人々に限られる可能性はあるだろう。

また、施設ごとにコンセプトの違いが存在している。例えば、スタッフのレベル（有資格者比率等）、介護の方針、得意分野なども含めて、施設運営方針に特徴がある。例えば認知症患者に特化した専門的知識を持った人が多いというふうに宣伝をし、特色を出していくことがドイツの場合には可能である。もちろん、必ずしも費用が高い施設が高水準のサービスを提供できているとは限らない。介護施設の評価に関しては、外部の認定機関による評価が行われ、公表がなされている。

さらに、州によって給与レベルがかなり異なっており、それが費用に反映されている。旧東ドイツ地域とドイツ西南部のバーデン＝ヴュルテンベルク州を比べると、介護スタッフ

の給与が異なるので（南西部の方が高いので）、介護費用はそれに応じて変わってくる。したがって、州ごとの平均に差が出てくるが、同じ自治体の中であまりにも価格が違うということはおそらくないだろうとドイツ連邦保険省の担当者は述べていた。もし、同一地域内の施設間で介護費用に違いがあるとすれば、それはコンセプトに違いがあるからだと思うと述べている。したがって、施設入居を希望する人々は、施設ごとのコンセプトと費用負担を勘案して、入所施設を決定することになる。表 3-7 で示している介護保険における施設給付は、これまで述べてきたような地域ごとの物価や賃金の差、そこから生じる費用差を調整する機能は持っていない。給付費は地域・施設の差違にかかわらず同じ金額となっている。したがって、ドイツ連邦保険省の担当者は冗談交じりではあるが、以下のように述べている。

「物価や給与の高さにかかわらず、保険料からの給付は一律です。私がいつも言っているのは、もし自分が要介護になったらテューリンゲン州に引っ越します、ということ。なぜならそこがいちばん安いからです。」

ここまで述べてきたように、施設介護費用は州や施設によってもかなり異なっている。そして、これまでは施設介護費用というのは、要介護度に応じて上がる仕組みになっていた。そのような状況の中で、介護を受ける高齢者が要介護度の上昇を望まなくなるという事態が起こっていたとのことである。つまり、要介護認定段階が引き上げられると、施設介護費用が上がってしまい、それに伴って個人負担が増えてしまうので、認定が上げられないようにするというインセンティブが働いていた。要介護度が上昇すれば、介護保険給付も増加する。しかし、自己負担分、特に施設介護の自己負担も増加する。そのため、介護を受ける本人と子どもたちが、要介護度が上げられることに反対したケースが多くあったそうである。施設側は要介護度を引き上げるべきであると主張し、本人もしくは家族がそれに反対するという構造が続いていた。

それを受けて、2017年より新しい制度が導入された。新制度では、ドイツ全国の各施設の施設介護費用の平均額から算出された金額を自己負担額の基準として採用している。すでに述べたように、地域ごと、施設ごとにかかる費用は異なっているが、それを平均した額が平等に適用されることになった。ドイツ全体の理論的な平均値を割り出すと、だいたい580ユーロである。州によっては900ユーロのところもあり、テューリンゲン州のように介護保険給付費限度額よりも安い地域も存在している。

以上のような自己負担に関する改革が行われているものの、ドイツにおける施設介護の負担はかなり重い（給付費を上回る負担である）という認識であろう。そのような中で、より安い施設を求めて国外の（ドイツ語が通じる）施設に移動したり、逆に賃金が安くドイツ語を解する人々を雇用したりすることも行われている。例えば、ドイツ人が人件費や諸費用が安いポーランドやチェコの施設に入るといったことがある。ポーランドやチェコの施設の側も、ドイツ語を話せるスタッフがいるという宣伝をしており、ドイツ人を引き込もうとし

ているそうである。ドイツ連邦保健省の担当者によれば、ポーランドやチェコの施設がドイツ人に占拠されていってしまうと、今度はポーランドやチェコの人たちが入れる施設の数が増えていくので、そういう人たちはさらに東のほうへ移動していくことになり、どんどん東部に施設が移動していくという現象があるとのことである。

逆に、ドイツ国内にいてもポーランドに行かず、ドイツ語を解するポーランド人の介護スタッフを介護要員としてお金を支払って在宅介護に来てもらう、それもかなり長時間来てもらうという行動も見られる。ポーランド系の人であれば人件費が安いということもあり、長時間介護を委託しても、施設に入るよりも安いというパターンもあるとのことである。

さて、これまで繰り返し述べてきたように、ドイツも施設から在宅への転換が進められてきている。しかしながら、家族がいない高齢者も多く、そうした場合には施設介護はかなり重要となっている。今後、施設介護を拡充するのか、どういう形で取り扱っていくのかについて、ドイツ連邦保健省の見解を伺った。

結論としては、施設サービス量を拡充させていくことはない、ということである。介護強化法においても、施設から居宅への転換が強調されている。その背景には、要介護の人々を調査した結果、なるべく長く自宅で過ごしたいという意見が圧倒的であったという事実が存在している。しかしながら、家族のネットワークから外れている、もしくは家族ネットワークが弱体化している高齢者も多く、そのための施策、例えばボランティアも含めた近隣介護者への現金給付や認知症患者対応のグループホーム整備など、居宅介護推進のための各種施策が進められている。

ドイツにおいて、介護施設の供給水準を安定化させる責任を有しているのは州である。ただし、近年、介護施設を設置するための州の助成額は減少傾向にあり、建設コストの問題もあるため、州レベルでの介護施設設置は抑制傾向にある。その代わりに、居宅介護を促す政策が進められている。各州にとって、居宅介護を進めることには（建設コスト補助などを抑制できるというほかに）インセンティブがある。これまで繰り返し述べてきたように、施設介護サービスは居宅介護サービスよりもコストが高い。そして、介護保険給付の水準は低く、費用が給付を上回る場合は私的保険、本人や家族の負担、そして公的扶助でカバーされることになる。この公的扶助は各州の持ち出しであるため、州内で施設介護サービス受給者が増加し、その中で施設介護サービス費用を賄えない場合、公的扶助でカバーすべき金額が増加することになる。要介護認定者を居宅サービスへ適切に誘導するために、各種サービスや助成制度の利用可能性について、情報を十分に提供する事を重要視している。

最後に、施設介護整備に関する全体的な方向性を指摘しておく。繰り返し述べられているように、ドイツにおいても「施設から居宅へ」の転換が重要視されている。また、2017年改革の焦点でもあった、認知症患者に対するケアという問題も大きい。在宅をなるべく優先するといっても、施設を利用したいという人がいれば事業者も増えてくると思われるが、これに対しては自治体が許認可を出さないという方向の政治的な圧力が存在すると、地域疾病金庫 AOK 北東支部の担当者は述べていた。その代わりとして重点化されているのが、居

宅介護サービスにあたるグループホームである。施設に入所するのではなく、要介護の人たちが少人数でグループを作り、一つのアパートを借りて共同生活を行うという形式である。グループホームに入居することで特別手当が疾病金庫側から支給され⁸、かつそのアパートの中でシャワーなどインフラの変更が必要という場合にはそこに対する手当も出ることになる。このような施策誘導が実施されているものの、施設入居を希望しても入居することができない、もしくは高い入居費用を負担している高齢者は数多く存在し、施設に対するウェルディング・リスト問題や、安い施設が存在している地域への移動もあるとのことであった。

⁸ 表 3-7 を参照。

4. ドイツの介護保障 3：介護扶助制度

4-1. 介護扶助制度とは

ドイツの介護保障を論じる際には、介護保険制度だけではなく公的扶助における介護扶助を検討する必要がある。これまで述べてきたように、ドイツにおいては、介護保険給付のみで介護ニーズを埋めることはできていない。特に、費用が高くなる施設介護については、介護保険給付に加えて私的保険や私費負担が必要になるケースが多い。それでも費用を賄うことが困難な場合、家族が負担することになる。さらに費用負担が必要であり、賄うことが困難な場合は、介護扶助で必要分を補うこととなる。介護保険制度導入以前は、この介護扶助がドイツの介護保障において大きな役割を果たしていた。介護保険導入以降は介護扶助の金額そのものは減少しているが、家族のいない高齢者や貧困高齢者にとって、介護扶助が果たす役割は大きい。ドイツの介護保険制度は 1995 年に導入されたが、毎年 60 万件の介護扶助が実施されている。1994 年の社会扶助の支出総額は 90 億ユーロを超えていた。ただし、これは社会扶助総額であり、介護扶助単体ではないことに注意されたい。介護保険制度の導入により、それまで社会扶助という形で介護のサポートを受けていた人数が約半分になり、社会扶助のうち介護扶助の支出額については 3 分の 2 まで減少している。たしかに、人数・金額共に減少はしているものの、そこまで強く減少したわけではない。つまり、介護保険制度が導入されたものの、その結果として介護扶助が不要になったわけではないということを強調していた。

介護扶助の役割が依然として大きい理由の 1 点目として、介護保険のサービスを受けられる人は介護保険の加入者に限られるが、介護を必要とする全ての人々が介護保険の加入者ではないという現実が挙げられる。ここでいう未加入者とは、旧ソ連が崩壊した後に旧ソ連地域に暮らしていたドイツにルーツがある人々が該当する。また、ユダヤ人であってドイツに暮らしている人々、あるいは旧ソ連崩壊後にユダヤ人としてドイツにやってきた人々⁹が該当する。すなわち、ドイツにおける介護保険に加入していなかった人々や、加入する資格がそれまでではなかった人々であり、経済的にも自己負担分を担うことができない人々が該当している。公的扶助を担当しているドイツ連邦労働・社会省の担当者によれば、具体的な該当者は把握し切れていないが、およそ 10 万人程度が該当しているのではないかと述べていた。

介護扶助の役割が依然として大きい理由の 2 点目として、ドイツにおける介護保険は実際の介護のニーズを 100%カバーするものではなく、給付の上限が定められているという点が挙げられる。特に施設介護においては、その費用全体をカバーすることができず、往々にして不十分な状況にある。介護施設で介護サービスを受ける要介護の人たちの 30%以上が、

⁹ ドイツ連邦労働・社会省の担当者は、この種の未加入者を「ドイツが責任を持たなければいけない人々」と表現していた。

自己負担分を自ら賄うことができず、介護扶助のサービスを受給している。すでに述べたように、施設ごとの費用（利用料）の差は、サービス水準や施設の特性にも依拠するが¹⁰、基本的には地域間の物価や賃金の格差に依拠している。旧西ドイツ地域の介護施設の利用料は、一般的に東側に比べて高めになっている。それは、西側のほうが賃金が高く、有資格の介護士がより多くいるからである。したがって、介護扶助の金額を見てみると旧西ドイツ側の方が高くなっている。

介護扶助はニーズに応じて不足分をカバーするので、不足分が 100 ユーロであれば、1,000 ユーロであれば、その差額分を支払うというのが基本原則になっている。ただし、それには条件があって、介護費用は介護金庫と施設との間の契約によって決まるが、社会扶助の運営母体はその合意の場面に関わっている必要がある。つまり、介護扶助を受けるためには、介護金庫と施設間での利用料の合意に関して、社会扶助の運営母体である自治体ないし複数自治体からなる広域連合がそれに合意している必要がある¹¹。さらに、ドイツ社会法典第 12 編第 9 条第 3 項に「必要最低限のものをカバーする」という原則についての記載があり、この原則からいって本当に必要最低限の扶助しか行わないことになっているので、仮に介護扶助の受給対象者が非常にレベルの高い（利用料が高い）施設に入居を希望したとしても、要介護度に応じた必要最低限のサービスを提供する施設に空きがあるのであれば、そちらに入居するよう自治体あるいは広域連合側は促すだろうと、ドイツ連邦労働・社会省の担当者は述べている。

介護保険制度の導入から、介護扶助の受給者数はいったん減少したが、高齢化の進行に伴って、再び増加傾向に転じている。2016 年には、介護扶助の受給者数は 45 万人に増えており、支出額が全体で 43 億ユーロになる。ただし、43 億ユーロは家族などが負担している自己負担分も含まれるので、それを除いた、税金で賄われている介護扶助は 37 億ユーロになっている。介護扶助の支出が増え、増加傾向にあるわけだが、介護保険給付の増加に比べるとその伸びは小さい範囲に留まっている。

4-2. 2017 年改革と介護扶助

2017 年改革以降、要介護の概念が変化した。基本的なニーズしかカバーしないという介護保険の基本的な性格に変化はない。介護扶助においても、介護保険とほぼ同じ要介護度の考え方が導入されている。ただし、介護扶助の場合の要介護度についての概念は、介護保険側と一部異なっている。介護扶助側のほうがもう少し広い概念になっており、介護保険の

¹⁰ 施設の特性やサービス水準の格差に関しては、ドイツ連邦労働・社会省の担当者はそれほど大きくはないのではないかと述べていた。この説明は、ドイツ連邦保険省の担当者の説明とは異なっている。

¹¹ ドイツ連邦労働・社会省の担当者によれば、介護金庫と施設の契約に際して、99%のケースで自治体も契約に参加しているとのことである。自治体に参加していない 1%のケースの場合、改めて施設と自治体間で合意を取り交わすとのことである。

場合、介護が必要である状態に 6 か月以上なければ要介護と認定されないが、介護扶助については 6 か月未満でも認められる。具体的には、疾病などで入院し、退院した後に 3 か月から 4 か月ほど介護が必要であるという人が、介護扶助を通じて介護のサービスを受けることができる。そのほかの介護のサービスについては、介護保険とほとんど変わらない。その他の違いとしては、サービスの限度が介護扶助にはないということが特徴である。

すでに述べたように、2016 年末までの旧基準では介護保険給付の対象とはならない要介護度 0 のカテゴリーが存在していた。要介護度 0 の人々は、介護扶助からの給付を受けることはできていた。当然、旧基準では要介護度 0 の人々に対する介護扶助の給付決定に関しては、介護保険とは別に審査が行われていた。2017 年改革によって、これまでの要介護度 0 がなくなったため、介護扶助における要介護認定は、介護保険における要介護認定をそのまま利用する形に変化した。すなわち、介護金庫における審査と認定の結果が、そのまま介護扶助における要介護認定となる。2017 年改革の結果、要介護度 0 の段階がなくなったことにより、介護扶助の対象者ないし金額は減るのではないかと質問をしたが、ドイツ連邦労働・社会省の担当者は、介護扶助は減ることはないという見解を示した。その理由としては、旧基準における要介護度 0 の人々の多くが認知症患者であり、新基準では要介護度 2 や要介護度 3 になるため、介護保険給付がある程度なされたとしても、やはり必要額には不足するため、介護扶助が必要になるだろうとのことである。ただし、ヒアリング実施時点では新基準以降の介護扶助実績は数字として把握できないため、実際として介護扶助がどの程度になるかは不明確である。

4-3. 介護扶助の認定と財源問題

介護扶助における要介護度の認定に関しては、介護保険制度における審査と認定を援用していることをすでに述べた。次に必要になってくるのは、介護扶助の給付費を決定することである。介護扶助を決定するにあたっては、本人の資力等を把握するための「ミーンズ・テスト」が必要になる。このミーンズ・テストは自治体が行う。介護扶助の申請者は申請するにあたって、経済的な状況について申告する必要がある。その申告をベースに本人の負担能力、あるいは家族の負担能力というのを見定めて、申請されている介護扶助を認めるか認めないかという決定は、自治体もしくは広域連合が行う。

施設サービスに関しては、これもすでに述べたように、介護金庫と施設、そして自治体が合意した価格に対して、その不足分を補うことになる。一方で、居宅介護における不足額の設定は容易ではない。なぜならば、多数の事業者による多岐にわたるサービスが提供されているからである。居宅介護サービスの選択については、自治体または広域連合が、要介護認定者それぞれに必要なサービスを査定し、給付を行っている。

介護扶助に関しては、介護保険と異なり、税金が財源となっており、実施主体は州である。したがって、旧西ドイツ地域のように施設介護費用が高く、介護扶助が多くなる地域が存在

する。あるいは、旧東ドイツ地域のように施設介護費用は安い、相対的に低所得者が多い地域も存在する。このような地域でも、介護扶助が多くなる可能性が存在する。介護扶助を含めた公的扶助の地域間での格差、特に自治体や州財政への影響についてドイツ連邦労働・社会省の担当者に質問を行った。回答として、自治体間で差が出てくることはあるだろうが、現在のところ、ある自治体が社会扶助によって、あるいは介護扶助によって財政的に困難な状況に陥り、州からの助けが必要になったというケースはないとのことである。また、連邦から各自治体への税財源の移転というものが存在しているので、いまのところバランスは取れているという認識である。しかし、将来的にそのバランスが崩れた場合、おそらく何らかの調整メカニズムが考えられる可能性があるとのことであった。

最後に、介護扶助の今後の見通しについてドイツ連邦労働・社会省の担当者の見解を伺った。見解としては、介護扶助の支出額は今後劇的に増加するというふうに見込んでいるとのことである。この予想は、高齢者の所得の変化は考慮せず、あくまで単純に人口動態上の予測をベースにして想定している。2016年までの実績としてすでに介護保険の給付を受けている人々が270万人おり、2030年には350万人に見込まれ、さらに2050年には450万人にまで増えると見込まれている。したがって、それに応じて介護扶助を受ける人々も増え、そして支出も増えるということが見込まれている。もちろん、介護保険の給付レベルがどうなっていくのか、保険料がどうなっていくのか、それから介護サービスの価格がどういうふうに推移していくのか、さらに高齢者の平均所得がどうなっていくのかということについて、未知数のパラメータが多いので、将来の介護扶助の支出額については正確な予測は難しいとの回答であった。

5. ドイツの介護保障 4：介護金庫の役割と機能

5-1. AOK 北東支部

ドイツの健康保険には、いくつかの健康保険組合が存在している。規模が大きい組合としては、AOK, Barmer, TK 等が存在している。今回の海外実態調査では、連邦政府機関だけではなく、介護保険給付の実務を担当している健康保険組合として、AOK 北東支部を訪問し、意見交換を行った。

AOK にはドイツ全体で 11 の支部があり、11 の支部の連合体となっている。ドイツには 16 の連邦州があり、その 16 の連邦州をそれぞれ管轄する形で 11 の支部が置かれている。11 の AOK を全て合わせて、毎年の支出額が 620 億ユーロになっている。AOK の保険加入者は 2,450 万人近くである。ドイツ全体の人口が 8,300 万、そのうち法定で社会保険への加入が義務付けられている人々が 7,200 万人である。その 7,200 万人のうちの 2,450 万人が AOK の加入者なので、市場シェアとしては全体の 34.6%になる。AOK 全体の従業員数が 5 万 6,433 人である。この数字はフルタイムの従業員数で、ドイツ全土にオフィスが 1,380 ある。

AOK の北東支部は、ベルリン州、ブランデンブルク州、メクレンブルク＝フォアポンメルン州の三つの州をカバーしている。カバーしている地域の人口が 760 万人、そのうち AOK の北東支部の加入者数が 180 万人になる。先ほど 11 の支部の中では最少規模になる。図 5-1 から明らかなように、AOK 北東支部はベルリンの一部地域を除いて、旧東ドイツの州を管轄区域としている。

AOK 北東支部は、法人顧客が 12 万 2,750 法人、医療サービスを提供する医療機器の会社であったり、その他さまざまなサービスを提供したりする企業である契約パートナー 2 万 6,500 社と契約を結んでいる。サービスセンターが 95 箇所、そのほかのオフィスも含めて 130 箇所となっている。従業員数は 6,610 人で、AOK 全体の従業員数の 10 分の 1 を占めている。AOK 北東支部の中で、疾病金庫と介護金庫は場所が分かれている。介護金庫はベルリンにあり、疾病金庫がベルリンの隣のポツダム市にある。

2016 年における AOK 北東支部の介護保険給付の内訳は、現物給付が 26%、現金給付が 51%、現物給付と現金給付のミックスが 23%となっている。この現金給付とは、ドイツの介護保険制度における介護手当、すなわち家族・近隣・ボランティア等の介護者への現金給付である。AOK 北東支部における介護給付のうち、半分以上がこの現金給付で占められている。AOK 北東支部におけるこの比率が、他の支部でも同様であるということではないが、在宅介護 75%、施設介護 25%の比率は、1993 年以降、大きく変わっていないとのことである。

図 5-1 AOK 北東支部の管轄



(出典) 白地図専門店よりダウンロード・加工

(<http://www.freemap.jp/itemFreeDIPage.php?b=europe&s=germany>)

5-2. 窓口における相談業務

AOK における介護保険関連の業務について見ていく。ドイツの場合は介護保険の加入者が介護サービスを申請すると、申請してから 14 日以内に専門員による相談を受けることになる。専門員は、各地に設置を義務化された「相談センター」に配置されている。相談センターは、各介護金庫が独自に設置しているものではなく、共同で設置している。したがって、AOK 単独の相談センターになっているわけではなく、介護保険全体の相談センターであり、そこに公的な疾病金庫・介護金庫がそれぞれ参加している。各相談センターに配属されている専門員の所属も多様である。相談に来た申請者が、どの保険の加入者かということとは関係なく相談に応じることになっている。

AOK の場合、専門員はすべて従業員であるが、人材派遣会社から派遣された専門員を利用している疾病金庫もあるそうである。専門員として業務を行うためには、400 時間の

研修を受ける必要がある¹²。研修内容としては、まずケースマネジメントとドイツの社会法典に關係する社会法について学ぶ。さらに依存や暴力、ホスピス、緩和ケアなどのテーマを追加的に学ぶことができる。ただし、ホスピスと緩和ケアについては必修とのことである。そして「依存」というのは、必ずしもアルコールの話ではなく、高齢者は睡眠薬などたくさんの医薬品を使用するので、医薬品依存なども含まれる。つまり、高齢者ケア全般に關してのレクチャーを受けるということになる。

相談センターに配属されているのは、必ずしも各保険から派遣された専門員だけではない。自治体側の社会相談員も必ず相談センターに配属されている。すでに述べたように、介護保険でカバーできない介護サービスの部分については介護扶助側、つまり自治体側の責任になってくるので、必ず自治体側の社会相談員も配属されることになっている。また、相談センターにはさらにもう 2 種類の人が配属されている。まず 1 種類がさまざまな相互ヘルプグループからの派遣者である。ドイツでは、アルコール中毒の人の自助組織や糖尿病患者の自助組織、認知症患者の自助組織などがあり、それぞれ協会を設立している。そういう協会から相談員が派遣されている。つまり、申請者の状態によって、様々な協会にコンタクトを取って、自助グループからの支援を受ける橋渡しを行っている。そして、もう 1 種類の人たちが地域のボランティアである。例えば高齢者が暮らしている家でタンスが倒れてしまったので、それを起こすのを助けてほしいという場合、これは介護保険の仕事でもなく、社会扶助の仕事でもない。そこで、こういうサポートを地域のボランティアが引き受けている。

以上見てきたように、地域の相談センターには介護保険の専門員、自治体の相談員、自助グループと地域ボランティアからの相談員が配属されている。相談センターは、単なる介護保険や介護扶助の入り口ではなく、その後も継続して要介護者や周囲の人々の相談に応じる組織として重要な役割を果たしている。相談センターにおいて重要視している課題が現在二つあり、一つは家族介護者に対する介護知識や利用できるサービス情報の提供である。日本と同様に、主たる介護の担い手はドイツにおいても家族であり¹³、その主たる介護の担い手に対する適切な情報提供は、いわゆる介護における家族の介護疲れや家族内での虐待を防ぐ大きな力になる。もう一つは、ドイツの場合トルコやベトナムなどからの移民が数多く存在しており、移民の第 1 世代が高齢化し、介護が必要になっていることから、移民に対する介護情報の提供が重要視されている。特に、AOK 北東支部は旧東ドイツ地域であり、同じ共産圏であったベトナム人移民が比較的多い。また、トルコ系移民も多くなっている。このような移民コミュニティの場合、家父長制的な色合いも強く、ドイツの公的介護保障への理解も決して高くはない。したがって、移民コミュニティ内部での介護に關して、どのような状況であるのかを把握すること、適切な情報提供を行うことが大きな課題となってい

¹² ドイツ社会法典第 11 編の 7 条の A

¹³ ちなみに、AOK 北東支部の担当者の説明によると、ドイツにおける主な介護の担い手は「娘（実子）」である。

るとのことであった。AOK 北東支部の担当者は、移民コミュニティの状況について、以下のように述べている。

「ドイツの総人口 8,220 万人、2016 年末までにそのうち要介護であった人が 275 万人、3.5%です。275 万人が要介護となっていますが、実は要介護の人はこれよりも多いはず。これは申請者だけで、実際に給付を受けている人の数です。ドイツにも申請しない人たちがいまして、それはどういう人たちかという、まずは社会的弱者であって自分たちがどういう権利を持っているのか、介護サービスを受けられるということすら知らないために申請を怠ってしまっている人たち、それからあとは文化的な背景です。いろいろな国のバックグラウンドによって、そういうことを申請するのは恥ずかしいと思っている人たちもいます。

ベルリンのリヒテンベルクにベトナム系の移民の方がたくさん住んでいます。もともと東ドイツ時代にベトナムとの間に契約関係があって、労働者としてベトナム人が来たのですが、その人たちが軒並み高齢者になって要介護の人もけっこう多いのです。しかし、文化的な背景があって、介護というのは家庭の中で行うものだという考え方が浸透していて、なかなか申請をしません。アジアンショップに行くと、ベトナム系の人に『お父さんとお母さんはどうしているのですか』と聞くと、『まだ元気だよ』と言いますが、よくよく聞いてみるともう 1 人で食事ができない状況だったりします。そういうのを介護と考えていないという人が多くいます。」

5-3. AOK の今後の課題

AOK が考える、今後の課題について質問を行った。すでに述べたように、AOK を含む介護金庫（疾病金庫）は、介護保険における要介護認定のプロセスや支給の決定、需給状況のチェックを行っている。また、介護サービス事業者に対しての質のチェックや価格の交渉も行っている。介護サービスの価格については、州によっては時給やサービスあたりの時間給を交渉する。すでに述べたように、自治体の代表者も参加して決定される。AOK 北東支部の場合、介護サービスごとの点数制になっており、1 点当たりの価格は毎年交渉され、実際にその事業者がどれぐらいのサービスを提供するかによって、点数から価格（費用）が決まる。ベルリンやブランデンブルク州、メクレンブルク州については AOK がほかの疾病金庫・介護金庫を代表して、交渉にあたっているとのことである。すなわち、これらの州では AOK と事業者の代表が交渉した結果の点数および価格が、他の保険者の支払いにも適用される。他の州ではまた別の公的な疾病金庫・介護金庫が交渉にあっている。事業者側は、個別の事業者すべてと交渉をするのではなく、それぞれの上部団体、使用者の上部団体、あるいは福祉などその事業者が加盟している団体の代表者が来て交渉を行っているとのことである。

さらに、5-2節で述べたように、介護を受けている人やその家族などへの情報提供、サポートも実施している。このような中で、2017年改革によって、担当業務量の増加が問題となっている。また、介護従事者の不足も問題視されている。このような状況に加え、第3次介護強化法では、障がい者のケアも含まれるようになった。

そのような状況下において、AOK北東支部では興味深い試みを行っている。それがAOKアカデミーである。AOKアカデミーは、AOK北東支部のみに設置されている。具体的な内容は、専門員や医師、看護師、そして家族や近隣介護者といった介護に携わる人々へのトレーニング、トレーニングを行う人材の育成（教育）、教育方法の開発である。介護を必要とする人々の増加と、介護人材の育成は大きな課題となっている。専門介護員の待遇改善は重要であるが、人材育成や再教育、そして専門ではない家族や近隣介護者への情報提供や研修も重要であろう。

6. 日本への示唆

オランダとドイツの介護関連機関へのヒアリングを通じて、いくつかのキーワードが浮かんできた。それは「施設から在宅へ」という介護の潮流と、フォーマル部分とインフォーマル部分の組み合わせという「補完性」である。しかしながら、介護保険制度を導入しているという共通項を持つ両国においても、その中身は大きく異なっている。

オランダは、2015年改革によって居宅介護の権限を自治体（WMO）に移管した。オランダにおいては、社会保険である介護保険制度（WLZ）が重度の施設介護サービスの審査と給付を担当し、税財源を原資とした自治体（WMO）が居宅介護サービスを担当するという形で、介護保障体制が2分化された。WLZは医療保険と一体の介護保険であるが、WMOは中央政府からの基金配分と、実態の自主財源により賄われる。そして、明確に「施設から居宅へ」という流れの中で、居宅介護の重点化が行われてきている。

ただし、それはWMOの居宅介護サービス給付が拡大した、ということの意味してはいない。家事サービス等は、それ以前はケアを受ける人々全員に与えられた権利として扱われていたが、WMOへの移管に際して、家事サービスの援助は本人の能力や家族・近隣・ボランティアの支援可能性等を自治体が勘案して、サービス給付を決定する形に改められた。このような「査定とサービス決定の個別化」によって、2015年には家事サービス給付の40%を削減できた、ということである。また、要介護者と会話を行うサービスも10%程度の削減が行われた。

オランダにおいて、地方自治体に居宅介護の権限を移管した理由は明確である。すなわち、より住民に近い自治体ほど、介護が必要な人々の状況をより明確に反映できるはずであり、その人々の要望、家族や住宅環境、近隣やボランティアの人々によるサポートの可能性を勘案して「適切かつ効率的な」介護給付が可能であるという考えが基盤にある。もちろん、そうすることで費用の削減が期待できることも大きな理由であろう。さらに、中央政府からの基金配分によって、基礎的なニーズを満たす財源保障がなされているという認識のもと、自治体間での自主財源の投入や格差については、地方政治におけるチェックとバランスが機能する、すなわち、民主主義的なプロセスによって健全な競争が起こることを期待している。

WMOの介護保障システムは、フォーマル部分とインフォーマル部分の組み合わせという「補完性」で成り立っている。同じ介護度であったとしても、人によってWMOの給付は異なってくるのである。ただし、インフォーマル部分を超えて、WMOが必要であると認めた部分については、公的にカバーされることになる。

ドイツの介護保障体制もフォーマル部分とインフォーマル部分の組み合わせという「補完性」で成り立っているが、その中身は逆であると捉えることができよう。すなわち、公的な介護保険制度でカバーされる範囲に制限があり、それを超過した部分については私的保険や自己負担、家族負担で対応する。それでもカバーできない部分が存在する場合、社

会扶助である公的扶助によってカバーされることになる。つまり、ドイツの場合はオランダとは逆に、公的介護保障（介護保険）が基盤にあり、そこからの超過を私的に負担していく仕組みである。

ドイツはオランダと異なり、公的介護保険制度が公的な介護領域を一元的にカバーしている。保険者は組合ごとに分立しているが、ある程度規模が大きく、AOKの場合はドイツ全土で11の支部となっている。規模の大きさを生かして、介護保険給付の基盤となる介護価格（費用）に関しては、事業者との交渉によって決定がされている。これは、各地域の実情を反映できるだけでなく、介護の質やそれに伴う費用が反映できるというメリットを持っている。また、自治体（介護扶助）と常に連動することで、介護保険と介護扶助が連動できる仕組みとなっている。

翻って、日本における介護保険制度を検討してみよう。日本の介護保険制度は、地域保険制度という仕組みをとっている。すなわち、65歳以上の高齢者の保険料負担は、保険者（市町村）単位で決定され、各保険者の介護給付に応じて変動する。保険料は3年間ごとに見直される。この根拠としては、住民に一番近い自治体（保険者）が運営を行うことによる効率性があると考えられるが、本当に、日本の介護保険制度はそのような運営が可能であろうか。

日本の介護保険制度は、保険者の裁量の余地が「制度上は」存在していない¹⁴。すなわち、要介護認定は全国一律の基準によって行われ、介護給付のもととなる介護サービスの価格は全国一律で決定されている。オランダのWMOにおける個別のサービス給付の決定や、ドイツにおける価格形成メカニズムのような、地域の特性や個別の事情を反映した意思決定が制度上できるわけではない。つまり「住民により近い保険者」であるメリットが生かせる仕組みにはなっていない。その一方で、保険者規模が非常に小さくなっているため、自治体の介護リスクの差異が保険料に明確に反映される。保険原則からすると、保険集団の規模は大きいほど安定的となるはずであるが、日本の介護保険制度は保険原則とは逆になっている。すでに述べたように、2015年度から2017年度の第一号被保険者（65歳以上）の介護保険料の最大値は、月額8,686円となっている。一方で最小値は月額2,800円となっている。今後、さらに介護保険の認定者が増加していくことは確実な中で、果たして維持可能なものとなっているだろうか。また、全国一律で基準を設定し、統一的に運用を行うことが、果たして効率的な介護保険運営に資するかどうか、検討が必要である。

日本の介護保険制度は、家父長主義的な家族制度における女性の介護負担への反省から、介護保険がカバーする範囲が非常に広範である。しかしながら、今後も増大し続ける要介護認定者と介護給付費の増大を前に、どこまで現在の介護保険制度を継続し続けるかを検討する時期に来ていると考える。それを考える際には、オランダとドイツという、異

¹⁴ 実態としては、保険者の財政状況によって要介護認定が歪められているという指摘（清水谷・稲倉 2006, Hayashi and Kazama 2008, Nakazawa 2016）がある。

なる「補完性」の概念が参考になるだろう。もとより、高齢者の介護保障はそれ単体で成立するものではなく、高齢者の所得保障や家族・労働政策とも密接に関連する問題である。介護保険制度単体ではなく、一体的な検討が必要であろう。

参考文献・資料

大森正博(2006)「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』, Autumn 2006, No.156, pp.75-90.

大森正博(2011)「近年のオランダの医療・介護保険制度について」『オランダ医療関連データ集【2011年版】』, 医療経済研究機構.

清水谷諭・稲倉典子(2006)「公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証」『会計検査研究』第34号, pp.83-95.

Dalsen, Lei. (2016) The realisation of the participation society. Welfare state reform in the Netherlands:2010-2015, Institute for Management Research Radford University.

2010-2015

Hayashi, M., & Kazama, H. (2008). Horizontal equity or gatekeeping? Fiscal effects on eligibility assessments for long-term care insurance programs in Japan. *Asia-Pacific Journal of Accounting and Economics*, 15(3), 257–276.

Nakazawa K. (2016). Identifying Discretion of Municipalities to Undertake Eligibility Assessments for Japan's Long-Term Care Insurance Program. *MPRA Paper*

オランダ社会関係・雇用省提供資料

オランダ保健・福祉・スポーツ担当省提供資料

デン・ハーグ市提供資料

ドイツ連邦保健省提供資料

ドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省提供資料

ドイツ連邦労働・社会省提供資料

AOK 北東支部提供資料

厚生労働省「介護給付費実態調査」

付記 調査日程

平成 29 年

10 月 16 日 デン・ハーグ市介護福祉部局

10 月 17 日 オランダ社会関係・雇用省
オランダ保健・福祉・スポーツ担当省

10 月 18 日 ドイツ連邦保健省
ドイツ連邦労働・社会省

10 月 19 日 AOK 北東支部

10 月 20 日 ドイツ連邦家庭・高齢者・女性・青年省

