

## 国際情勢報告



ドイツでは、導入から12年が経過した介護保険制度の見直しについての議論が活発化しています。議論の基本は「社会全体による連帯が必要」というコンセンサスです。介護問題は誰にとっても自らの将来への備えという課題です。ドイツでは、ひとりひとりの積極的な万への備えは、「家族内や友人どうしでの介助の可能性という形」であれ、「資金の積み立てという形」であれ、また「要介護状態に備えて追加的な保険を契約するという形」であれ、どうしても必要だと考えられています。従って、要介護状態への備えは政治的バランスの問題として捉えられています。一方では、「介護保険の社会的連帯給付」と「要介護状態への個人的な備え」を組み合わせる確かな介護を確保し、その一方では、「介護保険の給付規模」は被保険者と雇用主の保険料負担が重くなりすぎない範囲に抑えなければなりません。

H.C.R.2007国際シンポジウムではドイツの介護保険制度の現状と課題をテーマに開催いたしました。この度、講師のMr. Ortwin Schulte(ドイツ厚生省EU議長タクスフォース全欧州保険政策企画部長)より、介護保険制度改革に関わる資料(介護改革の重点項目)の提供がありましたので、そのポイントをご紹介します。

## 懸案となっている介護改革の10の最重要ポイント

介護を必要とする人々に対する公的な保護支援状況を改善するため、1995年に公的介護保険が導入されました。介護保険の給付目的は、支援を必要としながらも要介護者ができるだけ自己決定に基づく自立的な生活、人間の尊厳にふさわしい生活を営むことを支援するということです。この給付目的は今もなお有効です。引き続きそれに応えて行くためには、介護保険の給付および組織を社会の現状に合うように適応させなくてはなりません。

それゆえ連立政権は介護改革のためのコンセプトに同意しました。確定しているのは、来年から要介護者がより多くの給付を受け、親族がより多くの時間的余裕と支援を得ること、およびシステムがよりよくオーガナイズされることです。またこれには、人々の日常に即した緻密なサポート、つまり一人一人の必要性や居住地域、家族状況に応じたサポートの提供ということも含まれています。

給付額の増加分については、2008年7月1日付け

# ドイツの介護保険改革

## 介護改革の重点項目

—より多くの支援と心遣いと人間らしさを  
(ドイツ連邦保健省)より抜粋

の0.25ポイントの介護保険料引き上げによって賄います。これにより保険料率は所得の1.95パーセント、子供のいない家庭では2.2パーセントとなります。

最重要ポイントをまとめると次のようになります。

### 1. 一本化された居住地近接型のサポート：介護支援拠点

要介護者への支援は居住地区や地方自治体の内部でよりよく調整されネットワーク化されるべきです。従って居住地に近接した介護支援拠点が計画されています。人口20,000人に対して1箇所の介護支援拠点を設ける計画です。現場でサポートとケアを受け持つ介護支援拠点には、健康保険と介護保険の他にもできるだけ多くの公的機関の参加が望まれています。たとえば高齢者介護を管轄する地方自治体、社会福祉事業の運営主体、介護サービス機関などです。目標は、介護およびケアに関するすべての情報が介護支援拠点に集積されることです。要介護者とその親族は、その施設1箇所に行くだけで、提供されるサービス、提供者、法で定められた給付についての包括的な情報とアドバイスを手に入れます。受けられるケアにはどのようなものがあるのか、食事の宅配サービスはどこでやっているのか、在宅看護の費用は誰が支払うのかといった問いに答えられます。さらに居住地近接型のサポートのために考慮の対象となるすべてのサービスが、調整され、準備され、ネットワーク化された形で提供されるべきです。

### 2. より多くの個別支援を —個人への付き添い介護

将来的には、希望があれば要介護の被保険者全員にそれぞれ1名の付き添い介護士があてがわれます。この介護士は可能な限りサポートに関連するすべての人物と協力して、クライアントごとに個別サポートプランを作成して、申請書類の記入および必要となる援助・支援サービスのオーガナイズやコーディネートを手助けします。従来の相談サービスと比べての長所は、トータルな支援の取り組みという点にあります。相談員は介護についての質問に答えるだけでなく、疾病保険の各種サービスやリハビリ、高齢者介護、社会福祉に関しても熟知しています。従って付き添い介護士によって、新しい職業分野が創設されるだけでなく、介護金庫による一本化された居住地近接型の支援と付き添いが実現されることとなります。

### 3. ともに老いる： 新しい居住形態における共同の介護、 ケアの促進

複数世代の同居は今では珍しくなりました。しかしできるだけ長く家に住みたいという願望は昔も今も変わりません。そこから高齢者向けWG(居住共同体)や日帰りタイプのケアハウスといった新しい居住形態が生まれてきています。懸案の介護改革は、介護保険の給付をこれまでよりも柔軟に請求できるようにすることで、こうした趨勢に配慮しています。例えば、複数の要介護者が基本介護と家事サービスの他に介護保険の現物給付としてのケアサービスを求めている、その要求をひとつにまとめ、共同で介護サービス機関または介護金庫から認可されている個人介護士に請求した場合(いわゆる給付請求権の取りまとめ)には、将来的にそのようなケアサービスも要求できるようにすべきです。

現物給付請求権の取りまとめによって、従来よりも格段に効率的な介護とサポートが可能になる。例:高齢者向けWG(居住共同体)が自分たちの現物給付請求権を取りまとめ、それによってそのWGを担当する介護士のコストを賄います。この介護士は共同住宅のさまざまな用事をこなし、買い物や料理、個人的な配慮への要望に快く応えます。

ただし当然ながらこの現物給付の請求権を不正規業務への支払いに利用することはできません。それは品質の確かな、つまり介護金庫から認定されている個人介護士および介護サービス機関についてのみ利用できます。

### 4. 個別介護： 個人介護士およびボランティア

将来は、現物給付請求権の枠組みの中で介護金庫によって報酬が支払われる認定済み個人介護士の登用条件については緩和されます。この新規定で要介護者の自己決定権により多くの配慮がなされることとなります。結局のところ介護とはきわめて個人的なサービスなのです。

従来は家事の支援や身体のケアは、通常、プロの介護サービス業者が引き受けていました。業者がどの介護士を派遣するのか、そしてその介護士がいつまで担当し続けるかという点については、これまで介護を必要とする側が口を挟む余地はほとんどありませんでした。将来は介護金庫と個人介護士の協働がより容易になり、それを通じて要介護者がより個別な介護とサポートを享受できる体制が拡大強化される

べきです。

さらに今後はデイケアも強化されます。というのもこれまで、ホームでも在宅での介護が望まれており、デイケアがそれにうってつけであるにもかかわらず、デイケア利用が実際にはまだほとんど普及していないからです。それゆえデイケアの請求は、介護現物給付または介護手当の請求の半分程度、増やされます。したがって全体の請求額は現在の金額の1.5倍に達することになります。

## 5. さらにボランティアを： 名誉職の促進

より個別的なサポートを要介護者に提供するためには、介護への市民参加についても促進すべきです。介護金庫は、各州およびその他の契約パートナーと共同で、介護参加の市民たちをネットワーク化されたサポートの提供へとよりよく組み入れるよう働きかける義務を負います。一例として、市民を認知症患者のケアグループや支援サークルに組み入れたり、もしくはケアサービスを仲介するエージェンシーに組み込むことがあげられます。

ボランティア支援スタッフたちの活動は名誉職としての性格を持ち、本質的に無給であるにもかかわらず、介護施設には、事前講習やベテラン同伴の実地訓練のコスト、またはスタッフ投入のオーガナイズ化とプランニングのコストが発生する場合があります。こうしたコストについては報酬契約の中で相応な配慮を行うことは可能です。とりわけ市民参加と自助的行為については、敷居の低い介護およびケアを提供するための助成金の増額分500万ユーロが使用されます。

## 6. 給付額の引き上げと物価スライド化

1995年以来据え置かれていた介護給付は、通院・入院のいずれのケースについても2008年から2012年にかけて段階的に引き上げられます。2012年にこの段階的引き上げが完了した後は、調整（物価スライド化）の必要性の有無が3年ごとに実証されます（初回の実証は2015年）。

	2007	2008	2010	2012
<b>通院</b>				
レベルI	384	420	450	450
レベルII	921	980	1040	1,100
レベルIII	1,432	1,470	1,510	1,550
重篤なケース	1,918		変更なし	
<b>入院</b>				
レベルI	1,023		変更なし	
レベルII	1,279		変更なし	
レベルIII	1,432	1,470	1,510	1,550
重篤なケース	1,688	1,750	1,825	1918
<b>生活扶助料</b>				
レベルI	205	215	225	235
レベルII	410	420	430	440
レベルIII	665	675	685	700
重篤なケース				

変更された支給基準額（単位：ユーロ）

出典：連邦保健省

## 7. 認知症患者により多くの支援を

これまで特に認知症患者と知的障害者は、身体的な制約を重視する介護保険の網の目からしばしば抜け落ちていました。しかしアルツハイマー病患者のような、いわゆる「日常生活に支障のある」人々は身体的には比較的健康ではあるが、ケアと財政支援を必要とします。介護改革の発効によって、そうした人々は要介護レベルIの条件を満たしていなくとも、従来の年間460ユーロの代わりに最高で年間2,400ユーロを受給することになります。これに身体的制約が加わり、要介護レベルIからIIIまでに認定されている場合は、さらに月々の金銭支給と現物支給も行われます。

## 8. 親族により多くの時間的余裕を： 介護休業

要介護者に在宅での介護の道を拓き、同時に介護する親族の負担を軽減するために、いわゆる介護休業が導入されました。親族による介護については復職可能な6ヶ月間の無給の休業（介護休業）が導入されます。ただし社員10名以下の会社は除外されます。この介護休業は異なる親族が交替して取ることができます。ごく短い期間のみ介護が必要になるケースもあるので、そのようなケースについては最長10日間の短期休職（無給）を請求する権利が同様に親族に対して与えられるべきです。

## 9. 官僚主義の弊害を減らして より高い品質と透明性を

将来、市民が介護施設の品質に関して今より多くの情報を得られるようにすべきです。介護ホームの欠陥や介護サービス機関による不適切な待遇を伝える

報告が相次いでいます。こうした批判されるべき状況は一部のものに過ぎないとしても、これまで介護には透明性と品質基準が欠けていました。それゆえ将来は通院・入院のそれぞれについて、その品質を拘束性のある基準に基づいて定期的に検査し、評価すべきです。検査の結果は比較可能で被保険者に分かりやすい形で評価されていなくてはなりません。こうすることによって市民は、ある介護施設または介護サービス機関の品質がどうなっているのかということ、一瞥して了解することができます。

さらに介護施設と介護士は官僚主義の弊害から守られるべきです。たとえば将来は重複する試験が一本化され、個別契約タイプの給付協定・品質協定も廃止されます。そして複数の介護施設と介護金庫との間の共同契約が可能となります。

## 10. よりよい予防とリハビリ

積極介護とリハビリ措置によって要介護者の健康状態の改善を図る施設側の努力が、報奨金制度によって促進されます。そうした努力を通じて要介護者がより低い要介護レベルに認定されることになった場合、その介護ホームには1,536ユーロの一時報償金が与えられます。

さらに病院、医師、介護施設の協力関係も改善される。たとえば将来、介護ホームは常勤の専属医師を雇用することができるようになる。これにより回避可能な入院を防ぐことができる。病院での治療からその後の通院介護サービスへの移行も、これまでよりスムーズに行われる。また看護師と介護士が、介護金庫の参加の下で、アフターケア（退院後マネジメント）の構成について考えることとなります。

