

て社会扶助に依存している。

新しいシステムにより、給付提供者に競争に基づくオープンな市場を創出したことは、プラスの面として評価できよう。ここ数年間で、入所介護施設(介護ホーム)の数は約 4,300 箇所(1992年)から約 9,000 箇所(2001年)以上に倍加し、訪問介護サービスは、約 4,000 件(1992年)から約 10,500 件に増加した。旧東独地域の各州では、この「自然増加」に加え、1995年以降は、連邦政府の年間規模 4 億ユーロ(約 560 億円)を上回る強力な資本投入プログラムによりこの動きが促進された。プログラムの資金を使って、これまでに約 800 箇所の新しい介護ホームが設立された。

最近の統計によれば、プラス面として、介護保険の導入以来、訪問介護と施設介護の分野で約 250,000 もの新しい雇用口が創出されたことが指摘できる。

このアンケートは、介護保険が全体として正しい道を歩んできたことを裏づける結果となった。関係者の判断によれば、介護保険は、在宅介護の安定化を優先的にはかるという当初の目標を達成した。介護保険は人々に受け入れられ、当事者にも広く支持されている。これとの関連で注目すべきは、先述のように、特に質の確保の領域でメディカルサービスの仕事が高く評価されている点である。

2 新たな挑戦

介護保険は、導入後の 10 年間で、社会リスクの保障に大きく寄与していることを実証した。しかしながら介護保険にはさらに改善が必要な点もある。

介護保険の成功については異論の余地がないが、介護サービスの供給に関しては、新たな課題もある。

ドイツでは人口構成の変化により、高齢者と超高齢者の数が増加している。すでに冒頭でも述べたように、連邦人口調査研究所は、2050 年にはドイツの人口は 8,250 万人から 7,500 万人に減ると予測している。平均余命はさらに 7 年延び、女性の平均は 87 歳、男性は 82 歳となる。これと比較すると 100 年前の平均余命は 46 歳に過ぎない。人口統計上の変化は、下記と密接な関係がある。

- － 認知症患者のさらなる増加
- － 要介護者数の増加
- － シングル世帯の増加
- － 家族の潜在的介護能力の欠如

若い就労者数の減少が予測される中で、いかに十分な数の介護に当たる労働力を確保するのかという問題を克服するためには、確実に継続的な枠組条件を、早急に確立しなければならない。

そのために是非とも必要なのが、介護保険のための持続的な財政基盤である。公的介護保険は、1995 年の導入から数年間は、収入超過の状態であった。この傾向は徐々に弱まったが、1998 年末までに集まった資金は 49 億 8,000 万ユーロ(= 約 7,000 億円)に上った。

もっともここ数年間は、介護保険は支出が増加している。その主たる理由は、受給者数の増加と経済的な要因である。最近数年間の赤字動向にもかかわらず、公的介護保険の資金は2003年末現在で、約42億4,000万ユーロ（約5,600億円）を超えている。政府は、今後数年間で経済回復が予想されるのを受けて、介護保険の状態が改善されるのを期待している。

しかしながら、介護保険は、従来経験に基づき、人口統計上の変化と財政上の枠組条件も顧慮した上でさらに成長していく必要がある。現在と将来のドイツにおける介護サービスの供給範囲、サービス全体の量と質の確保と改善、要介護者の利益の保護、そしてそのために介護保険は具体的にどのように貢献しなければならないのかという問題は社会全体の重要なテーマであり、今後、集中的に討議して妥当な解決策を探る必要がある。

問題解決のために社会全体が議論に参加するプロセスが開始されなければならない。そして最終的には、個人及び／または社会にとって、介護が特に高齢の人々にとってどの程度価値があるのか、そのための費用を誰が一部または全額支払うべきなのか、という問いに答えを出す必要がある。ようやくその緒に就いたばかりのこの検討プロセスの継続期間と出口については、まだ見当がつかない。その結果が出ないことには、介護の枠組み条件のコンセプトとドイツにおける社会保障制度の給付を抜本的に変更するかどうかを決めることは不可能である。

3 介護保険改革への取り組み

評価すべきは、政治がこの問題と関連課題に対する認識を深めている点である。以下に、今後の方向性を示す決議と所信表明をまとめた。

(1) 2002年7月22日ドイツ連邦議会決議

2002年7月22日、ドイツ連邦議会はSPDと同盟90/緑の党の動議を受け（連邦議会印刷物14/8864）、「介護保険の今後の発展」に関する決議を採択した。

この決議でドイツ連邦議会は、社会保険制度を補う一部門として、要介護者からも信頼されている介護保険の意味を確認している。介護保険は、今後も要介護者とその世帯員の利益の代弁者として、社会保障制度に関与していくということである。

これを受け、ドイツ連邦議会は介護保険のさらなる発展のためのステップが必要であるととらえ、特に次の措置を強調している。

- ① 介護品質保証法と介護給付補完法により創成された手段は、速やかに実施されなければならない。
- ② 要介護者の権利に関する認識を、介護に当たるすべての関係者にさらに徹底させなければならない。
- ③ 在宅介護、部分施設介護、入所介護の新しいサービス供給と介助の形の開発を、集中的に促進しなければならない。
- ④ 病院から在宅介護への橋渡しをスムーズにするために、有効な新しい構造を創成

する必要がある。

- ⑤ 在宅介護を受けている要介護者のために、制度の隔てを超えた「個人的な」予算を導入するモデルケースが試みられなければならない。
- ⑥ 「リハビリは介護に優先する」という原則を促進するために、介護保険の中に、要介護者の高齢医学に基づくリハビリのための疾病金庫を財源とする予算の導入を検討する。
- ⑦ 2001年4月3日の家族負担の調整に関する連邦憲法裁判所判決は、子のいる両親に対する控除規定の形で具体化されなければならない。

(2) 2002年10月16日の連立協定

2002年10月の連邦議会選挙で、SPD及び同盟90/緑の党の連立政党が、1998年に引き続き再び議席の過半数を獲得し、ゲルハルト・シュレーダーが連邦首相に再選された。「人間的な介護」という表題を掲げた第15立法期間に関する連立協定の中で、連立政府は次のように取り決めている。

- － 介護保険は給付能力を維持し、さらに発展していかなければならない。総合的な介護という意味で、特に訪問介護、部分施設介護、入所介護の領域における品質の確保と、需要に見合ったサービス供給のインフラ整備が重要である。
- － 介護における家族負担調整に関する連邦憲法裁判所の判決は、期限どおりに実行される。
- － 法定疾病保険と介護保険の間にかねてからある対立を解決し、両者間で調整してその任務と調達資金の適正な分配を行わなければならない。介護は統合的なサービス供給の一環として、リハビリテーションの場合と同様にその位置づけが確保されなければならない。要介護者の権利を強化する。

その後、連邦憲法裁判所の判決は、2005年1月1日に発効した「介護保険 子の養育考慮法 (KiBG)」により実行された。

(3) 2004年5月7日ドイツ連邦議会決議

2004年5月7日にドイツ連邦議会は、SPDと同盟90/緑の党から出された「認知症の早期発見と治療－研究を強化しプロジェクトを支援する構造のネットワーク化のために」に関する動議を採択した。

ここでその決定の一部を引用する。連邦議会は下記のように連立政党の動議を確認している。

『介護保険は、導入後の9年間で、社会リスクの保障に大きく寄与していることを実証した。しかしながら介護保険にはさらに改善すべき点がある。人口構成の変化により、ドイツ国内では高齢者及び超高齢者の数が増加している。... 60歳以上の年齢グループでは認知症がますます深刻になってきている。現在、約120万人が認知症とさ

れているが、その中で最も多いのがアルツハイマー病である。認知症をかかえる要介護者の数は増加の一途である。予防及び治療の分野で持続的な進歩が期待できないのであれば、中程度または重度の認知症を患う患者の数は、今後 50 年間に倍になるだろう。この数字を見れば、こうした援助を必要としている人たちのために等級別の、ニーズに見合った、地域密着型の援助とサービス供給ネットワークの構築をめざし、時機を逸することなく方向性を見直しをはかる必要があることは明らかである。認知症をめぐる問題の大きさと緊急性は、一般にも認知されることとなった....

2002 年 1 月 1 日から施行された「介護における品質保証と消費者保護の強化に関する法律」により..... 特に入所介護を受ける認知症の要介護者にも作用を及ぼす措置を通して、要介護者に提供するサービスの改善が中心的な課題に据えられた。

さらに、同じく 2002 年 1 月 1 日に発効した「全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者の在宅介護における給付の補完に関する法律」(介護給付補完法)により、第 1 段階で対象となる約 55 万人の要介護者に対し、在宅介護提供の強化のために、約 2,250 億ユーロを提供することに成功した。この新规定により、認知症の要介護者のための追加的なサービス供給と援助を、介護保険の資金から助成することが可能になった。2003 年 8 月 1 日から施行された「高齢者介護の職業に関する法律」も、高齢者介護を学ぶ学生が、すでに研修段階から認知症患者の介護と介助に関する職業上の要件を知り、専門的知識に基づいてその準備をするために役立っている。』

(4) 改善の必要性

こうした改善にもかかわらず、依然としてさらなる改善の必要性は存在する。ドイツ連邦議会は次のように確認している。

① 認知症の早期診断が立ち後れている。羞恥心や症状に対する無知から、該当者はなかなか医師の診断を受けず、病気の症状を認めようとしめない。家庭医と家族も、認知症の症状を見過ごす場合がしばしばある。認知症は、通常の年齢にともなう能力低下であると誤って診断されるケースが多く、早期診断のための信頼性の高い検診は、専門の施設において実施されているにすぎない。

過去数年間、連邦政府が病状の啓発に努めてきたにもかかわらず、国民の多くには知識の欠如が依然として見られ、この病状をタブー視する向きがある。適切な情報キャンペーンを、連邦、州、地方自治体レベルで集中的に継続しなければならない。それに加え、老年医学の特殊性と認知症固有の観点に関し、医師及び医療関係者の継続教育の態勢を改善していく必要がある。

② 原則的に、予防とリハビリテーションは介護より優先しなければならない。あらゆる可能性をとらえ、効率的な予防とリハビリによってできるだけ長い間、高齢者が独力で生活を営めるようにその能力を促進する必要がある。従って、認知症に関しての予防、早期診断対策、リハビリをさらに改善すべきである。

また「リハビリは介護に優先する」という原則の実践のため、さらに力を注がなければならない。ここで特に必要なのは、老年医学に基づくりハビリの強化と促進措置であ

る。特に地方にあっては、訪問サービスの供給構造を構築し、拡充することを最優先しなければならない。在宅の高齢者が、容易に訪問リハビリテーションを受けられる態勢が必要である。こうした構造の改善と並んで、介護サービスの供給そのものにおいても、要介護者の能力の回復をめざす取り組みとコンセプトを支援しなければならない。

現実には、費用負担者のさまざまな管轄権と、それぞれの連携の問題があって、介護よりも予防とリハビリを優先するという原則の実行をむずかしくしている面がある。従って費用負担者全体を網羅するような財政上の刺激策が必要である。さまざまな給付領域の線引きは、すべての関係者にはっきり認識できるものでなければならない。

また、既存の提供サービスのすぐれたネットワーク化が図られねばならない。専門知識に裏打ちされ、需要に合った、総合的なサービス供給システムの構築は、要介護状態を回避し、軽減または先送りするために大きな力となるだろう。目標は、介護施設、療法士、開業医、そして病人のその世帯員との連携をよくすることである。それに見合うような医療関係者の研修及び継続教育も、この中に含まれる。

③ 家族、特に多くの場合、子どもの世話と養育を通してすでに多くの社会貢献をしている女性が、認知症の世帯員の介護にも携わることにより、肉体的にも精神的にも過負荷の状態に陥るケースが多い。こうした人は支援と負担の軽減を必要としている。ここで重要なのは、該当者にアドバイス、支援、援助を積極的に提供する親身のサービスである。そのために特に非職業的介護者による介護提供が拡充されなければならない。これは、相談サービスと市民の参加により、世帯員の負担を軽減し、認知症患者の在宅サービス供給を支援しようというイニシアチブである。前述のサービス供給と支援の提供のみならず、介護をする世帯員は、中立的な情報提供、アドバイスや研修の提供を必要としている。そうすることにより、世帯員は選択に当たり、個々のケースに最適なサービスと、各給付履行者の給付の質と範囲について、総合的な比較情報を手にすることができる。さらにチェックすべきは、できるだけ中立的な相談を提供し、ケースマネジメントが組織されているかどうかである。

介護等級 I には該当しないが援助を必要としている人のための援助提供、ならびに介助を受ける住居のプロジェクトをサポートし、家事援助、送迎サービス（敷居の低い援助の提供）、デイケア・ナイトケア、ショートステイ施設などのプロによるサービス提供が拡大されなければならない。

ショートステイ施設を拡充する。訪問と入所という介助の形態は、すでにモデルプロジェクトで検証された代替的な居住形態・生活形態により補完されるべきである。これは特に認知症患者に有効である。

市町村は、上述の構造を充実させ、認知症の人が在宅環境に留まれるようにして、人間的で、ホームと比較して費用がかからない選択肢を提供するよう求められている。介護給付補完法に述べられているように、市町村は、自らの責任において態勢を強化し、同時によりいっそうの財政支援を受けなければならない。この法律は、認知症患者の利益のために断固として実施されなければならない。

④ 継続的に介護ガイドラインを改善していく中で、国際協力に基づく比較研究や、さまざまな治療形態の評価・有効性研究を深める。

すでにあるデータを利用し、ネットワーク化し、横断的なワーキンググループを設立して、認知症の介護の責任を負うすべての関係者の活動を調整する。これに関連して、ドイツ連邦議会は、連邦保健・社会保障省、家族・高齢者・女性・青年省、教育・研究省が多数のプロジェクトを助成し、研究資金を提供することを歓迎している。研究の知見から、介護へのアプローチが得られなければならない。従って学識を確実に現場に反映する必要がある。その際に、すでにある知見を潜在的ユーザーにとって理解しやすく、利用しやすくできるように、有効な新しい方法を模索することとする。施設の運営者は、職業関係の再教育にいっそう力を入れるように求められている。

⑤ 介護保険は、継続的な監督や精神・社会的ケアを要する人々の保障という点では、まだ不十分である。今日の介護保険における介護の概念は、一義的には肉体の介護にそのねらいがある。この要介護状態の定義は、すべての必要を網羅してはならず、特に認知症患者、精神的な疾病や知的障害をもつ人々には不十分である。

連邦政府は、介護給付補完法の第一段階でこの状況を顧慮し、一般的な介助の必要性が高い人のための追加給付を創出した。

介護保険の改革が滞っている中であって、この措置は断固として貫徹しなければならない。介護保険における介護の概念は、大幅に書き換えられる必要がある。

⑥ 要介護状態を確認するための評価手段が、現時点では不十分である。予防、リハビリ、活性化の視点が十分考慮されていない。これはすでに今日、日常生活能力の低下を識別するために使われているアセスメントにも当てはまる。この結果を受けて、要介護者も交えて、拘束力のあるリハビリ・活性化対策を含む援助／対策プランが作成されることになっている。その際には、要介護者の身体的・精神的な能力と障害ばかりでなく、潜在能力、社会環境とインフラの影響も考慮しなければならない。こうしたアセスメントには、きびしい品質管理が必要である。認知症患者の状態が悪化する場合も考慮し、継続的にアセスメントを実施し、待ち時間が長くなるのを避けなければならない。

⑦ 給付提供者と対峙する際に、要介護者とその世帯員の主権を強化するために、提供される給付の品質に関する透明性を確保する必要がある。リハビリと介護は、透明性のある中立な立場の品質検査に耐えるものでなければならない。この品質検査の結果は、本人にわかりやすい言葉と表現で伝え、当人と世帯員に対する相談提供に反映されなければならない。相談機関は、疾病保険メディカルサービス、ホーム監督機関、その他の検査機関と緊密に協力し合うものとする。

⑧ 介護職は支援と負担軽減を必要としている。人員の配置は、比率に固執することなく（現在は専門職／補助員が1:1）、施設が現実に必要としている人的資源を基準として決めることとする。その意味では、現在の専門職の概念は定義の範囲が狭すぎる。運営者は、居住、コミュニケーション、活性化、世話法の専門知識をもつ専門職を雇用できなければならない。さらに昼間のサービス提供のために補助員を雇い入れることとする。

十分な資質と適性があれば、過大な要求と過大な負担を回避する助けになる。介護職とその他の介護に従事する者は、研修・継続教育・再教育を受けて、認知症患者の増加に対応すべく、専門的にも個人的にも準備を整えなければならない。特に必要なのは、予防、リハビリ、緩和ケアの分野における追加的な知識である。SPD と同盟 90/緑の党の

連立政府は、高齢介護教育・病人介護教育に新规定を設け、そのための基礎を築いた。この規定の実施が重要である。

(5) 連邦政府への要望

1) 方針

こうした背景を受けて、ドイツ連邦議会はドイツ政府に対して、以下を要望している。

ドイツにおける認知症患者の状態を改善するために、今後講ずる対策は次の4つの方針に基づくものとする。

1. 予防とりハビリが介護に優先する。
2. 在宅介護を強化し「在宅介護は施設介護に優先する」という原則を守るために、介護する世帯員に対して広範な支援と負担軽減が提供されなければならない。
3. 認知症患者の生活状況を改善するために、地方自治体レベルで需要に即したサービス供給構造が構築されなければならない。
4. 確かな品質で、費用負担者の隔てを超えた統合的なサービス供給が必要であり、ここには自助グループやボランティアも関わるものとする。

2) 対策

こうした背景を受けて、次の対策を講じ、改善をはからなければならない。

① 認知症の早期発見と治療の改善をめざす既存のイニシアチブは、今後も継続されなければならない。医師、療法士、介護職の研修、再教育、継続教育においては、認知症を必須項目として取り上げるものとする。予防とりハビリを促進するためには、費用負担者の隔てを超え、財政上の刺激となる構造が必要である。キャンペーンを通して、病状に関するより詳しい情報を国民に伝えなければならない。啓発と並んで、認知症のタブー視を排除する努力が求められる。認知症患者を介護する世帯員は、情報の提供や、監督、研修を受け入れる準備が必要である。

② 家族と介護する世帯員は、要求に合わせた段階的な地域密着型の援助、サービスの供給を必要とする。非職業的介護者による介護提供もここに含まれる。デイケア・ナイトケア施設、ショートステイの提供、ボランティアによる支援が求められる。地域に自助組織を設立し、これを周知する必要がある。これまでのようなホーム入所に代わるものとして、介護保険とホーム法の規定（特に「老人ホーム、老人用ケア付き住宅、成年用介護ホームの建設上の最低要件に関する命令」）では、新しい居住形態（グループホームなど）を推進している。連邦政府は、州と地方自治体がその責任を果たし、要介護者が在宅環境に留まれるようなサービスの提供を拡充するように促すことを求められている。

③ 連邦の各省が計画している認知症患者のサービス供給状況改善措置は、今後も相互に調整を重ね、各州とは横断的なワーキンググループを構築するものとする。国際的な比較及び協力を推進し、評価研究や有効性研究が容易に行えるようにする。確かな質のサービス提供を土台として、ドイツ国内で共通の介護ガイドラインを作成する必要がある。

- ④ 認知症患者の要求をさらによく考慮するために、介護保険における介護の概念は、中期的には修正・拡大の必要がある。今後予想される人口構成の変化を、介護保険改革の話し合いの中で考慮しなければならない。高齢者、超高齢者の増加は、認知症患者の著しい増加を予想させる。
- ⑤ 品質を確保するための詳しいアセスメントでは、要介護状態を確認し、必要な援助／対策プランを確定する。審査手続は、予防、リハビリ、活性化を十分に意識したものでなければならない。要介護者は、オーダーメイドの援助／対策プランを必要としている。彼らは統一的なグループではなく、さまざまな能力や障害を抱える「個」であるから、そこから派生する介助、介護、治療の要件も異なってくるのである。
- ⑥ 認知症の診断と治療ならびに認知症患者の介助においては、品質検査を確実に行う。この品質検査の結果は、わかりやすい言葉と表現で一般に公開しなければならない。評価する機関は、その場で相談を提供する機能も負う。既存の機関がこのサービスを提供できない場合には、新しい構造の構築が必要である。
- ⑦ 痴呆症の人と接する介護職の質を向上させるために、施設と入所者の状況に合ったフレキシブルな職員評定手段を迅速に導入する必要がある。
- ⑧ さらに高齢・疾病介護教育の改革に関する法律は、研修及び継続教育の中で特に認知症患者の利益を考慮するような形で実施されなければならない。予防・リハビリ・緩和ケアの領域の、知識、補助的な技能、専門化が必要である。研修や継続教育では、特に毎日の生活に活発に参加できるような介護コンセプトを教えなければならない。

4 第3回介護報告書における改革のための注意事項（2004年11月）

介護保険の責任も担っている連邦保健・社会保障省(BMG S)は、その他にも行為の必要性を指摘している。介護保険の動向に関する第3回報告書(2004年11月)では、人口構成が変化して高齢化している社会にあっては、社会保険部門、特に介護部門が大きな課題を抱え込むことになることになると強調している。その視点から、連邦保健・社会保障省は特に下記の必要性を挙げている。

- － 在宅介護強化策
- － 要介護者ひいては高齢者すべてを想定した新しい居住形態の開発
- － 認知症患者の援助需要に一層配慮する。純粋な介護給付と並行し、家事支援や日常生活における付き添いなどのような補完的サービスが、益々重要になってくる。
- － 援助提供のネットワーク化。透明性のあるサービス供給網の構築が求められる。
- － 在宅介護と施設介護を切り離さない。すなわち、在宅給付と施設給付の金額を調整する。
- － 介護分野に従事する要員の確保。
- － 研修、継続教育、再研修において、介護職は、増加している認知症患者ならびに移民の特別な要件に対しても準備をしなければならない。
- － 介護へ市民を参加させる戦略

介護保険制度は、引き続き改革の努力が求められているが、特に、社会が今後介護のためにより多くの資金を提供できるかどうか、できるとしたらどの程度か、という問いに答えを出さなければならない。そのためには社会全体が論議に参加し、必要な給付と望ましい給付の改善のバランスを模索し、そのための財政負担についても検討しなければならない。連邦保健・社会保障省は、介護保険のさらなる発展と持続的な資金調達をめぐる社会全体を巻き込んだ議論を主導し、迅速に結果を出す考えである。改革は段階的に具体化することも考えられている。連邦政府は、2005年秋を目途に介護保険改革のためのプログラムを出す予定である。

5 2005年秋における連邦議会選挙での介護保険に関する選挙公約

2005年9月18日の連邦議会選挙にあたり、各政党は介護保険の改革・発展のための目標及び概案も選挙公約に取り入れる必要がある。その際に、健康保険に関するさまざまな改革案との密接な関連も明らかになる。

(1) ドイツ社会民主党 (SPD) による政策綱領

SPDは、ドイツ連邦議会の第15立法期(今期)において、同盟90・緑の党とともに連邦政府を発足させた。2005年7月4日に発表された「ドイツへの信頼」という題のSPDによる政策綱領は、以下のとおりである。

「私たちは、公的及び私的介護保険の資金調達を並存させます。介護保険は、介護・市民保険 (Pflege-Burgerversicherung) へと変わります。すべての国民が適切かつ公平に介護保険の資金繰りに参加するべきです。誰も特権を受けることはなく、また誰も除外されません。私たちは、介護保険の導入以来変更されていない実収賃金を価格の趨勢に鑑みて適切化し、訪問介護における保険給付を特に認知症患者のために改善していきます。家族による介護、専門家による介護ならびにボランティアによる介護が、それぞれ互いに効果的に補足し合わなければなりません。」

この発言は、SPDが支持している健康保険における市民保険の導入を背景においてみなければならない。さらに、政策綱領では以下の事項が説明されている。

「私たちは、健康保険を法定及び民間の健康保険が並存する市民保険へと発展させます。誰もが被保険者にならなければなりません。高所得者、公務員、自営業者及び政治家も、連带的健康保険に加入します。どの疾病保険金庫も、国民すべてをリスクなしで保障しなければなりません。誰も除外されてはなりません。病人及び障害を抱える人も選択権を持ちます。法定給付目録は現行のまま維持されます。

① 全員が各自の能力に応じて支払いを行います。市民保険の保険料はこれまでどおり賃金、給料、年金などの収入に従って決定されます。保険給付の最高額は維持され

ます。将来的には資金調達のため資本収益も考慮に入れていきます。控除額は平均貯蓄額に寄与します。家賃及び賃借料もこれまでどおり保険料負担義務を持ちません。

② 保険料負担義務を持たない家族保険は維持されます。市民保険において、無収入である家族構成員はこれまでどおりの範囲内で共同保険が受けられます。

③ 公的及び私的健康保険の並存は、最善の形での供給を行うために、競合へと変化していきます。

市民保険により、我々の健康保険制度はより公平となります。市民保険は社会での団結強化への決断となります。健常者が病人の、若者が老人の、単身者が家庭の、高所得者が低所得者の支援を行います。」

(2) 同盟 90/緑の党による 2005 年選挙公約

2005 年 7 月 10 日に発表された同盟 90/緑の党による選挙公約においては、「介護保険の強化と発展」という表題のもと、以下の事項が述べられた。

「人間としての尊厳が保たれる介護を行うには、自己決定と団結が必要です。私たちは介護保険をできるだけ早く経済的及び構造的に発展させていきます。そして私たちも連帯的市民保険を導入していきます。さらに、高齢化社会において上昇していく介護費用に対応していくため、補足的な備えが必要となります。私たちには、認知症患者や、肉体的及び精神的に障害を抱える人々への給付の迅速な改善が必要です。介護保険導入以来維持されている実収賃金は、物価の趨勢に適合させなければなりません。私たちは、訪問介護及び施設介護の支給基準額の統一を行います。

私たちには、当事者及び世帯員支援のための包括的改革が必要です。この際、無償介護はこれまで主に女性によって実施されてきたことが注目されなければなりません。

訪問介護の枠付けとなる条件と、個々の家庭における居場所の改善、そして新たな居住形式及び独立した住居・介護相談所の支援をしていきます。住まいと生活の環境づくりにおける老人の要望を、より重視して考慮していきます。このために、ホーム法（Heimgesetz）もさらに改訂されていく必要があります。これに加え、介護及び支援の提供は、移民という背景を持つ人々等のさまざまな層の要望にも適合させていくことが重要です。私たちは、介護費用のさらなる透明化に尽力し、また実際に効果をあげてきました。

訪問介護と施設介護の分野における質の向上は、悪い状況だけでなく私たちが行うことのできる行動の可能性も示し、老人や要介護者にとって尊厳を保てる人生を可能にするために必要不可欠です。介護をする世帯員を、介護によりもたらされる自身の過労と健康上の悪影響から守るため、彼らを支援するための専門家によるネットワークが必要です。私たちは、介護と援助の調和の発展に尽力していきます。

自立性の強化と個人的援助調整を最適化するため、モデルプロジェクト「個人介護予算」の結果を考慮しなければなりません。予防、リハビリ、そして公的付添人一家庭においても一は、介護保険とその他の法定給付分野との関連性を向上させることにより強化されます。就業している介護者や訓練を必要とする介護職員のための大枠となる条件

は改善されなければなりません」。

(3) キリスト教民主同盟 (CDU) とキリスト教社会同盟 (CSU) による共通の政策 綱領 2005-2009

ドイツ連邦議会の第 15 立法期 (今期) において野党である CDU/CSU 両党は、「ドイツのチャンスを活かそう。成長、雇用、安全」のタイトルを掲げる「政策綱領 2005-2009」の中で、健康保険と介護保険の改革のための、以下のような共通案を発展させた。

「健康は大切な財産です。従って私たちの基本方針は、医学的に必要不可欠なものは、法定健康保険の枠内において一年齢、性別、健康状態、もしくは経済能力にかかわらず一すべての被保険者に対してもたらされなければならない、ということです。二つの疾病保険金庫が並存する医療は、私たちのもとでは存在しません。

CDU と CSU は法定健康保険において根本的に新しい、将来を保障する制度を成立させます。この制度は、すべての人に対し将来の健康問題に対する質の高い備えを保障し、国民構成の変化に対してより柔軟に対応することができ、仕事という要素によるさらなる負荷を防止し、健康の分野における重要な発展のチャンスを作り出します。それは、連带的健康保険料 (Gesundheitsprämie) です。

- ▶ 疾病保険金庫は、成人している被保険者全員のため、費用補償保険料としての健康保険料を受け取ります。
- ▶ 健康保険料は、第一に被保険者全員による個人保険料からまかなわれます。低収入の被保険者は自動的に社会的補償を受けます。その際、連带的健康保険料の導入においてこれまでよりも支払金が増える人は誰もいないことは明白です。
- ▶ 健康保険料は、第二に雇用者保険料からまかなわれます。これにおける雇用者の割り当ては確定しています。この割合の区分は持続的なもので、これによって疾病費用の増大とは左右されることがなくなります。年金受給者においては、年金保険会社が雇用者割り当て分を支払います。
- ▶ 児童は保険料なしで保険を受けることができます。この際、必要な保険料は税金から支払われます。
- ▶ 私たちは、保険料提供者間競争を強化します。疾病保険金庫同士の被保険者をめぐる真剣な競争を促進します。疾病保険金庫はこれまでよりも被保険者の要望に強く応えて多様な料金を提供する必要があります。私たちは年齢による見込み金の移行を可能にすることで、ある私的健康保険から別の保険への変更することを容易にします。また、医者、病院、製薬会社及び薬局間の競争も大幅に強められます。…」

これに加えて、「介護を人間的に保障しよう」の題目のもとに介護保険について以下のよう
に言及されている。

「1999 年以來介護保険は資本によって賄われていますが、それ以來支出は保険料収入よりも高くなっています。現在 200 万人の要介護者がいますが、2020 年にはおよそ 2.6 百万人になり、2050 年までにその数は 2 倍になります。介護保険は将来において介護リ

スクに対する確かで金額的にも支払うことのできる保障を提供しなければなりません。

- ▶ 私たちは、介護保険を公的保険の重要な手段として維持・発展させていきます。在宅介護は施設介護よりも優先される必要があります。老人はできるだけ長い間慣れ親しんだ環境で暮らすことが可能であるべきです。
- ▶ 予防とリハビリの措置を、介護の措置よりも優先します。私たちは組み込まれた扶助の枠内で、予防とリハビリの組織を持続的に改善していきます。
- ▶ 公的介護保険については、今立法期より資本補填の導入を開始します。」

(4) ドイツ自由民主党 (FDP) の政権交代綱領 (Wechsel-Lexikon)

FDPの政権交代綱領においては、ディルク・ニーベル幹事長の言葉によって、2005年9月18日以降自由主義者がドイツの政権交代をどのように形作ろうとしているかを読み取ることができる。FDPもまた、健康保険と介護保険の改革の密接な関連付けをしている。ここでは、広範囲に及ぶポジションペーパーの中から以下の事項を抜粋して伝えることのみと可能となった。

「FDPは、すべての健康保険制度を民営化してそれに公的な補助を与えることが、健康保険制度を将来的に確かにすることを成功させるのに最善の保証になると考えます。私たちは、被保険者が中心となる健康保険制度をつくります。国民は引き続き、保険の補償範囲がどうあるべきかを選択する自由を持つ必要があります。契約の自由、治療の自由及び医者選択の自由は当然のものでなければなりません。…

国民すべてには、任意の健康保険会社において、少なくとも立法者が定めた標準給付を含む健康保険契約を結ぶ義務があります。標準給付とは、医学的にどうしても必要である給付を指し、GKV給付目録から特定の歯科的給付と疾病給付金を削減したものにおおよそ当てはまります。被保険者は利用している標準給付への出費に関し、負担が軽減されるよう公的補助を受けた免責金額を支払う義務があります。…

すべての保険会社は、保険料を保険技術上の基準に基づいて算定します。年齢による見込み金により、健康保険費用の資金が、一生にわたって一定になるよう分割されます。

…

こうした算定方法により、被保険者は自身の保険補償範囲を自由に選択することができます。すべての被保険者は、標準給付目録に加えてさまざまな給付パッケージから選択することができます。保険事故の際にはそこからさらに請求します。そうするとそれに応じて追加保険料が支払われます。被保険者は、個人料金の枠内の免責金額を自身で決定する点において自由であると言えます。すべての法定疾病金庫は、民間の保険会社となります。…

FDPは、現物給付原則から現金給付原則への移行を行います。医療給付においては、患者は将来的には計算書を受給されるようになります。被保険者は、計算書が確かめられた後、自身でそれを支払うか、それともそれを用いて保険の申請をするかを選択することができます。これは、患者と給付する側との間の契約関係を公平かつ透明にするための基礎となります。…」。

介護保険改革のためには、FDPの政権交代綱領では以下の見解が述べられている。

「法定介護保険は、その機能を果たす能力をもたせるためには、資本ストックの設立によって保証されなければなりません。現在の割当額方式は、将来的に不確実です。積立金は、おそらく2008年までに完全に使い果たされるでしょう。そのため、資本補填された介護保険の枠内における保険を義務付けすることが必要不可欠です。法定で義務付けられた保険補償範囲は、市民手当において一括で支払われます」。

第7章 ドイツ介護保険制度の状況

連邦統計局「介護統計 2003（全国）報告書」より

連邦統計局（ヴィースバーデン）は、2005年4月6日付で「施設および訪問介護サービスの傾向（Trend zur Pflege in Heimen und ambulanten Diensten）」において「介護統計 2003 報告書（Bericht: Pflegestatistik 2003）」を示した。

この報告によれば、2003年12月現在、ドイツでは208万人が介護保険制度（社会法典第11編）における要介護者であり、2001年に比べ3万7千人（1.8%）増となっている。要介護者の過半数（81%）は65歳以上であり、3分の1弱（32%）が85歳以上、要介護者の68%が女性であった。

要介護者の3分の2以上（69%：約144万人）は在宅介護を受けている。うち98万7千人は、介護手当のみの受給者であり、これは、通常は在宅で家族による介護のみを受けている者である。45万人は部分的または全面的に訪問介護サービスにより、64万人（31%）が入所介護施設での介護を受けている。

2001年のデータと比較すると、入所介護施設や訪問介護サービスによる専門家による介護へと向かう傾向がはっきりと現われている。例えば、入所施設要介護者数は5.9%（+3万6000人）、訪問サービス受給者数は3.6%（+1万5000人）とそれぞれ増えているのに対して、家族などの身内による介護ないし「純粋な」介護手当受領者は1.4%（-1万4000人）減少がみられる。それに伴い、在宅で介護を受ける要介護者の割合も70.4%から69.2%に減少した。

<統計の背景について>

介護統計は、連邦および州の各統計局によって、1999年12月より2年ごとに作成されている。統計の目的は、介護の需要と供給について把握することであり、要介護者に関するデータ、ならびに職員を含めた介護施設および訪問サービスに関するデータを示している。この統計は二種類の調査で成り立っている。一つは訪問介護事業所および入所介護施設へのアンケート調査であり、もう一つは介護金庫中央連合会と民間疾病保険連合会から提供される介護手当受給者に関する情報である。

統計、および統計の定義と区分は、介護保険法（社会法典第11編第109条）と介護統計規定（Pflegestatistikverordnung, 1999年）による。以下、「介護統計 2003 報告書（Pflegestatistik 2003）」からのデータを紹介する。

2003年介護統計基礎データ

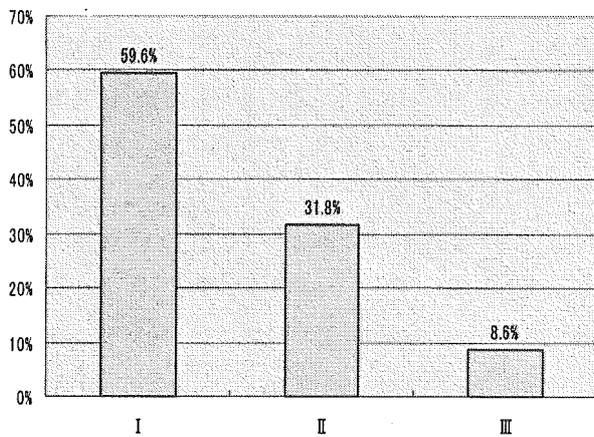
図7-1

要介護者数 208万人

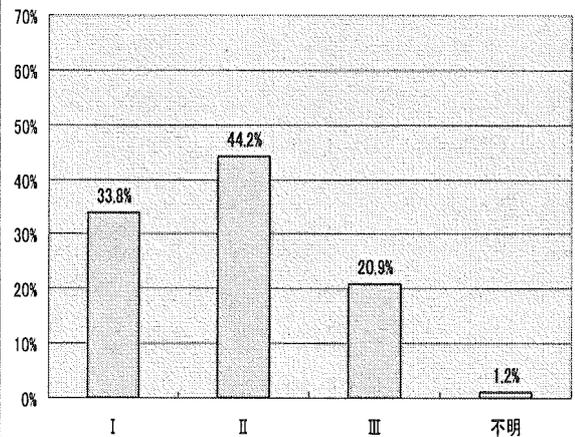
在宅介護 144万人 (69%)

施設介護 64万人(31%)

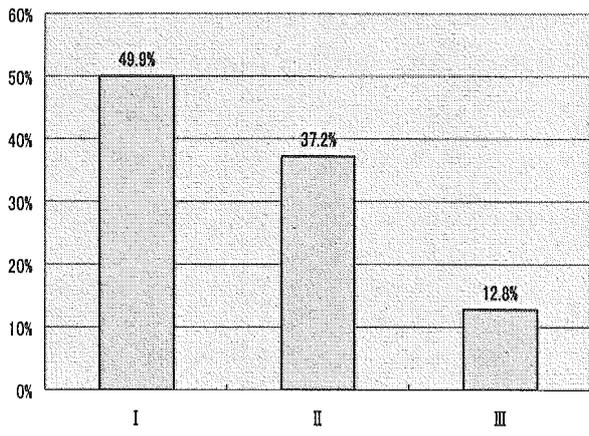
家族による在宅介護 887,000



施設介護



プロによる在宅介護 450,000



施設 9,200箇所

職員 511,000人

事業所 10,600箇所

職員 201,000人

表7-1 要介護者数 介護の種類別 (2003年12月31日)

介護種類別	要介護者		介護等級			その他	要介護者 全体に占める割合 %	介護等級 Ⅲに占める割合 %
	全体 数	対2001 年比 %	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ1)			
在宅介護 (内訳)	1 436 646	0.1	63.7	812 771	481 378	142 497	69.2	9.9
家族による介護2)	986 520	-1.4	60.5	588 039	313 820	84 661	47.5	8.6
訪問介護サービス	450 126	3.6	70.7	224 732	167 558	57 836	21.7	12.8
施設による介護	640 289	5.9	78	216 307	282 699	133 629	30.8	20.9
全体	2 076 935	1.8	68.1	1 029 078	764 077	276 126	100	13.3
対2001年比 (%)				4.9	-1.1	-0.1		

1) 重度の場合を含む

2) SGB11 § 37 の介護手当受給者を含むが、SGB11 § 38 の組み合わせ給付受給者は、訪問介護サービスに加えられている。

出典) Pflegestatistik 2003

表7-2 要介護者数 年齢、介護の種類別 (2003年12月31日)

年齢	要介護者				人口に占める割合				人口		
	全体 数	対2001年 比 %	内訳		全体	男性	女性	全体	男性	女性	
			在宅介護	施設介護							
			数								
15歳未満	64 715	-2.9	64 447	268	27 247	0.5	0.6	0.5	12 162 110	6 238 381	5 923 729
15-60	236 545	0.3	207 673	28 872	109 751	0.5	0.5	0.4	50 033 112	25 439 425	24 593 687
60-65	85 988	-6	66 124	19 864	39 812	1.6	1.7	1.4	5 476 454	2 690 628	2 785 826
65-70	132 517	9.4	100 888	31 629	64 630	2.7	2.9	2.5	4 962 354	2 360 756	2 601 598
70-75	177 959	-2	134 956	43 003	98 322	5.1	5.1	5.1	3 511 483	1 570 172	1 941 311
75-80	287 339	0.9	206 039	81 300	192 927	9.8	8.5	10.6	2 937 795	1 109 999	1 827 796
80-85	426 873	26.1	281 312	145 561	327 736	20.6	16.1	22.5	2 073 472	615 494	1 457 978
85-90	309 601	-20.9	185 321	124 280	252 185	39.9	29.4	43.4	776 664	195 084	581 580
90-95	276 486	6.6	151 850	124 636	233 077	60.4	44	65	457 474	98 763	358 711
95歳以上	78 912	13.8	38 036	40 876	68 355	56.1	28.3	66.1	140 753	37 312	103 441
全体	2 076 935	1.8	1 436 646	640 289	1 414 042	2.5	1.6	3.4	82 531 671	40 356 014	42 175 657

出典) Pflegestatistik 2003

表7-3 訪問介護サービスの状況 サービス種類、運営機関別 (2003年12月15日)

サービスの種類	全体	運営機関別							
		民間運営機関		教会や福祉財団等		公的運営機関			
		数	%	数	%	数	%		
訪問介護サービス全体	10619		5849	54.9	4587	42.9	183	1.7	
対2001年比 (%)	0.2		6.5	-6.3	-6.4	-5.5	-10.3	-15	41.2
他の公的給付との混合 (内 訳)	10501		5751	54.3	4160	39.5	180	1.7	
SCBVに基づく在宅疾病介護または家事援助	10284		5638	54.4	4472	43.5	174	1.7	
連邦社会扶助法に基づく介護の支援	7487		3948	52.7	3433	45.8	106	1.4	
その他の訪問支援給付	5219		2064	39.5	3080	59.0	75	1.4	
住居施設での独立したサービス (老人ホーム、集合住宅、ケア付き住宅)	984		388	39.4	571	57.9	25	2.5	
施設における独立のサービス (病院等)	202		38	18.8	136	67.3	28	13.9	
介護ホームにおける独立のサービス (複合施設)	624		236	37.8	318	50.9	23	3.7	

出典) Pflegestatistik 2003

表7-4 訪問介護サービスの状況 運営機関、サービス規模別 (2003年12月15日)

サービス規模別	全体		民間運営機関		教会・福祉財団		公的運営機関	
	数	%	数	%	数	%	数	%
1 ~ 10	900	8.5	673	74.8	214	23.8	13	1.4
11 ~ 15	880	8.3	670	76.1	195	22.2	15	1.7
16 ~ 20	1002	9.4	756	75.5	232	23.2	14	1.4
21 ~ 25	1111	10.5	764	68.7	332	29.9	15	1.4
26 ~ 35	1802	17.0	1146	63.6	623	34.6	33	1.8
36 ~ 50	1906	17.9	974	51.1	894	46.9	38	2.0
51 ~ 70	1397	13.2	507	36.3	862	61.8	28	2.0
71 ~ 100	1014	9.5	256	25.2	738	72.8	20	2.0
101 ~ 150	433	4.1	80	18.5	347	79.9	6	1.4
151 ~	174	1.6	23	13.2	150	86.2	1	0.6
総計	10619	100	5849	55.1	4587	42.9	183	1.7

出典) Pflegestatistik 2003

表7-5 訪問介護サービスの状況
職員数（介護サービスの就業形態、業務分野、業務割合別）（2003年12月15日）

	職員数	対2001 年比(%)	割合 (%)	介護保険サービスの割合				
				100% 未満	75%～100% 未満	50%～75% 未満	25%～50% 未満	25%未満
職員数	200 897	6	100	35 974	54 451	60 823	23 191	26 458
割合(%)				17.9	27.1	30.3	11.5	13.2
<就業形態>								
完全就業	57 510	0	28.6	11 080	14 617	17 834	6 572	7 407
パートタイム 50%超	60 762	10.5	30.2	10 162	20 364	19 616	6 154	4 466
パートタイム 50%以下	32 797	6.4	16.3	5 333	8 379	11 170	4 528	3 387
パートタイム 少数	42 565	14	21.2	8 017	9 867	10 715	4 933	9 033
実習生、学生、研修生	2 460	36	1.2	613	640	600	214	393
社会活動年のヘルパー	642	36.3	0.3	143	103	147	90	159
代替兵役勤務	4 161	-37	2.1	626	481	741	700	1 613
<業務領域>								
介護サービス給付	12 786	5.5	6.4	1 638	2 137	3 623	2 155	3 233
基本介護	135 540	8.8	67.5	24 432	43 924	46 975	13 204	7 005
家事サービス	32 449	-3.8	16.2	8 241	6 458	6 366	4 189	7 195
管理、業務運営	10 447	7.8	5.2	803	1 117	2 463	1 548	4 516
その他の分野	9 675	2.8	4.8	860	815	1 396	2 095	4 509

出典) Pflegestatistik 2003

表7-6 介護施設の状況 運営機関別 (2003年12月15日)

	サービスの運営機関別										
	全体		民間運営機関			教会や福祉財団などの運営機関			公的運営機関		
	数	%	民間運営機関	計	福祉団体	その他	計	地方自治体	その他		
介護サービス全体	9 743		3610	5405	4714	4714	728	570	158		
対2001年比較 (%)	6.3		9.9	5.4	4.8	4.8	-2.8	-8.8	27.4		
他の公的給付との混合 (内訳)	2770		752	1755	1513	242	263	200	63		
その他の訪問支援給付	660		242	384	339	45	34	31	3		
居住施設関連 (老人ホーム、ケア付住宅)	2061		511	1386	1200	186	164	132	32		
その他の施設関連 (病院)	462		90	263	216	47	109	71	38		
訪問介護実施の介護施設 (複合施設)	795		305	442	389	53	48	41	7		
完全入所介護施設	8775		3309	4787	4165	622	679	524	155		

出典) Pflegestatistik 2003

表7-7 入所介護施設の状況 運営機関、施設規模別 (2003年12月15日)

要介護者数	入所介護施設									
	全体		民間運営機関		教会や福祉財団		公的運営機関		規模別	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
1	545	5.6	284	7.9	231	4.3	30	4.1	30	4.1
10	1060	10.9	525	14.5	488	9	47	6.5	47	6.5
15	973	10	553	15.3	371	6.9	49	6.7	49	6.7
20	890	9.1	456	12.6	383	7.1	51	7	51	7
25	813	8.3	364	10.1	387	7.2	62	8.5	62	8.5
35	826	8.5	291	8.1	474	8.8	61	8.4	61	8.4
50	1556	16	443	12.3	983	18.2	130	17.9	130	17.9
70	1174	12	265	7.3	815	15.1	94	12.9	94	12.9
100	1431	14.7	309	8.6	995	18.4	127	17.4	127	17.4
150	330	3.4	86	2.4	194	3.6	50	6.9	50	6.9
200	127	1.3	32	0.9	73	1.4	22	3	22	3
300	18	0.2	2	0.1	11	0.2	5	0.7	5	0.7
全体	9743	100	3610	100	5405	100	728	100	728	100

出典) Pflegestatistik 2003

表7-8 介護施設の状況 施設数、利用可能なスペース、稼働率（2003年12月15日）

	全体		長期、短期入所、デイケア、ナイトケア	長期、およびナイトケアのみ	長期、デイケア、ナイトケア	長期のみ	短期入所、デイケア、ナイトケア
	数	割合					
施設数	9743		389	852	496	7038	968
利用可能なスペース（全体）	713 195	100	41 525	74 354	47 149	536 038	14 129
完全入所介護施設							
合計	694 939	97.4	37 622	74 354	42 393	536 038	4 532
1床（1部屋あたり）	350 397	49.1	20 234	39 483	23 186	265 495	1 999
2床（1部屋あたり）	327 690	45.9	16 735	33 757	18 292	256 532	2 374
3床（1部屋あたり）	14 771	2.1	601	1 034	624	12 371	141
4床以上（1部屋あたり）	2 081	0.3	52	80	291	1 640	18
長期介護（Dauerpflege）合計	683 941	95.9	35 207	70 303	42 393	536 038	-
1床（1部屋あたり）	344 406	48.3	18 666	37 059	23 186	265 495	-
2床（1部屋あたり）	322 881	45.3	15 892	32 165	18 292	256 532	-
3床（1部屋あたり）	14 591	2	597	999	624	12 371	-
4床以上（1部屋あたり）	2 063	0.3	52	80	291	1 640	-
うち短期入所にも利用可能	14 986	2.1	174	503	1 535	12 774	-
短期入所合計	10 998	1.5	2 415	4 051	-	-	4 532
1床（1部屋あたり）	5 991	0.8	1 568	2 424	-	-	1 999
2床（1部屋あたり）	4 809	0.7	843	1 592	-	-	2 374
3床（1部屋あたり）	180	-	4	35	-	-	141
4床以上（1部屋あたり）	18	-	-	-	-	-	18
デイケア	17 831	2.5	3 708	-	4 658	-	9 465
ナイトケア	425	0.1	195	-	98	-	132
利用可能なスペースの稼働率							
完全入所介護	89.5		92.7	90.1	92.1	89	-
短期入所*	×		×	×	×	×	**
デイケア	95.8		71.2	-	75.2	-	**
ナイトケア	6.8		4.1	-	5.1	-	**

*)スペース全体の数は、フレキシブルに利用できるベット数に依存している（「短期入所の分散」）ため、計算はあまり意味がないように思える。

** 独立して計算されておらず、全体として把握。

出典) Pflegestatistik 2003