

ドイツ大使館派遣による公開講演会

茨城大学教養部 保坂宗重(訳)

- (1) 講演タイトル：「ドイツの介護保険」
- (2) 講師：ドイツ連邦共和国大使館 参事官(労働社会担当)
モニカ・M・ゾンマー
- (3) 主催：茨城日独文化協会(入場無料)
- (4) 日時：平成7年9月19日(火) pm 3:00~4:30
- (5) 場所：水戸市文京2-1-1
茨城大学地域総合研究所 3階研修室

(1) ドイツ社会保障制度の五番目の柱

社会福祉国家としてのドイツには、すでに病気に対する公的医療保険(1883年)、事故に対する公的労災保険(1884年)、障害、老後に対する廃疾・老齢保険(今日の年金保険に相当する、1889年)、そして失業に対する失業保険(1927年)という四本の社会保障制度が確立していた。しかし、最近20年間に、ドイツの社会においては、人口構造の変化、平均寿命の上昇、国民医療費の増大、医療現場を支える人的資源の不足などから、あらたな問題に直面することになった。すなわち介護という問題である。高齢や重度の病気・障害のため、他人の介抱手護や補助機器の助けをかりないと、日常生活がつづけられない人びとの増加にどう対応するのか、という問題である。このような介護にそなえての強制加入保険としての介護保険が1994年からドイツでは実施され、それにより人生における五つのリスク、病気・事故・障害と老後、それに介護に対して、ドイツ国民は手厚く護られることとなったのである。介護保険(Pflegeversicherung)は、社会保障制度の五番目の柱として、1994年4月29日に、ドイツの国会において成立した。以下で、その介護保険のおよそについてのべることとする。

(2) 保険加入の義務は全国民を対象とする

介護保険は、すでに実施されている公的・民間の医療保険制度を前提として、全国民が強制的に加入する保険である。

すなわち、ドイツ国民の約92%は、公的医療保険に加入しているが、これらの者は、公的介護保険に加入することになる。ただし、公的医療保険に任意で加入している者には、民間介護保険を選択する権利が認められる。

約7%の民間医療保険加入者は、すべて民間介護保険に加入する。その場合、その民間医療保険は、入院給付請求権をそなえた完全な医療保険であることが前提である。

ドイツ国民のうち、約0.5%が医療保険に全く加入していない。これらの者は、介護保険に加入する必要はない。これらの者は、なんらかの理由で医療保険への加入の必要を認めない人びとであり、これらの者を保険に加入させ、保険料支払いがとどこおらぬよう監視することは、効果とそのため事務経費とのあいだの採算がとれないからである。

(3) 公的介護保険

公的介護保険は、これまでの公的医療保険の枠のなかで創設された。すなわち、あらたな機構とか事務機関はつくられず、すべてこれまでの医療保険機構と事務機関が介護保険の事務ならびにすべての経費の決済を行なう。

介護保険の財源は、徴収される保険料であり、その保険料は労使(労働者とその雇用者)とが半分ずつ納入するものである。

介護保険が施行される当初の保険料率は所得の1%、1996年7月1日以降は1.7%に引き上げられる。保険料率適用の限度所得は、医療保険のそれ(1995年は月額5850マルク)が適用される。

子供と、職のない夫の場合は、その月間所得が580マルクという非適用限度を越えない場合、保険料の支払いは免除され、家族被保険者となる。

すでに要介護状態にある者、年金受給者であっても介護保険料を支払わなければならない。ただし、年金受給者に対しては、年金保険が半額を負担する。

(4) 民間介護保険

民間介護保険は、民間医療保険機関によって実施される。その給付内容は、公的介護保険の給付と同等のものとされる。保険料の設定については、被保険者保護のために、保険料の最高額、特別加算、家族被保険者、病歴による加入制限などについて、特別の条件が設定される。

(5) 段階的施行

介護保険は、次のような段階を追って実施される。

1995年1月1日 保険料の徴収開始

1995年4月1日 在宅介護に対する給付開始(第1段階)

1996年7月1日 施設介護に対する給付開始(第2段階)

(6) 要介護者とその要介護の必要段階

介護保険で認定する要介護者とは、病気や障害のため、日常生活において長期にわたり相当程度の援助・助力を必要とする者のことである。

援助・助力を必要とする分野は次の四つである。

- ① 身体の衛生(からだ・顔を洗うこと、入浴、整髪など)
- ② 食事(食べやすい食事、特別食などの調理、食事をするときの介助)
- ③ 動作や移動(衣服の着脱、起床、起立、歩行、階段ののぼりおり)
- ④ 家事(買物、料理、掃除、食器洗い)

介護保険の給付対象とならないものは、身障者の社会復帰や文化的欲求充足などのための援助、6ヵ月以下の限定的援助、週に数日程度の軽い援助などである。

要介護状態の程度と、必要とする援助の範囲にもとづいて、要介護状態を次の三段階に分ける。

第一段階：相当程度の要介護状態：上記四分野のうち①②③について、1日1回の援助を必要とし、④についてさらに週に数回の援助を必要とする。

第二段階：重度要介護状態：①②③について、1日に3回、別べつの時間帯の援助を必要とし、さらに④についての援助を必要とする。

第三段階：最重度要介護状態：①②③について1日24時間の援助を必要とし、さらに④についての援助を必要とする。

上記の要介護状態を客観的に区分するため、援助を必要とする時間数が、それぞれの段階について次のように定められている。

第一段階：1日に少なくとも1時間30分

第二段階：1日に少なくとも3時間

第三段階：1日に少なくとも5時間

(7) 申請手続き、介護金庫による決定、医療機関による認定

介護保険の給付は、それを必要とする要介護者からの申請にもとづいて実施される。介護金庫とは、その給付に対する支払いにあたる医療金庫(Krankenkasse)のことである。要介護状態であるかどうか、またその何段階であるのか、という認定は、医療金庫に属する医療機関の専門職員、すなわち医師と介護職員、それにソーシャル・ワーカー、精神医療担当の心理学者が行なう。この審査にあたっては、病歴、担当医の所見と証明が参考とされるが、なによりもその要介護者がその住居でどのように生活しているのかという調査にもとづいて、医療機関が認定し、介護金庫が最終的決定を行なう。

申請が介護金庫によって拒否された場合、異議申し立てすることが認められ、さらにな

お社会福祉裁判所へ告訴することができる。

(8) 保険に対する給付

給付は、在宅介護給付と施設介護給付、現物給付(Sachleistungen)と現金給付(Geldleistungen)、要介護者への給付と、介護人への給付に分けられる。

なによりも強調されなければならないのは、介護保険は、介護にかかる費用の金額負担を目的として実施されるものではない、ということである。在宅介護では、要介護者の家族にかかる負担の補完・軽減・援助することであり、施設介護では、介護にかかる費用の負担を軽減することにある。したがって、介護給付には、下記のとおり支給の上限が定められている。

a) 在宅介護給付

介護給付のうち、「現物給付」とは、介護保険の負担で、ソーシャル・ステーションからの介護サービスが受けられる、ということである。「現金給付」とは、介護金庫から要介護者に支払われる介護手当金のことである。介護手当を請求できるのは、要介護者本人であって、介護をしている家族ではない。介護手当金を介護人に対して謝礼または給与として支払うかどうかは要介護者がきめることである。この介護手当金には課税されない。

在宅介護に対する現物給付と現金給付は、上記(6)の、要介護状態の段階に応じて支給される。

	現物給付	現金給付
第一段階	月 750 マルクまで	月額 400 マルク
第二段階	月1800 マルクまで	月額 800 マルク
第三段階	月2800 マルクまで	月額1300 マルク

(特別に重度である場合は
3750マルクまで)

以上の上限を越える費用は、要介護者の自己負担になる。また、現物給付と現金給付を組み合わせることも可能である。

介護金庫は、そのほか介護補助具(車いす、介護ベット、昇降機器など)の費用の負担、介護にともなう住居の改築補助金の支給、要介護者の家族やボランティア(ehrenamtliche Pflegepersonen)を対象とした無料の介護講習会などを実施する。

b) (介護ホームなどの)施設介護給付

施設介護に対しては、月額2800マルクを上限とする現物給付が行なわれる。最重度要介護者に対しては例外的に3300マルクまで認められる。また、介護施設における宿泊と食事費用は本人の負担となる。

c) 介護人に対する給付

この場合の介護人とは、要介護者をその自宅において介護する非職業的介護人、すなわち、要介護人の家族またはその隣人のことである。この介護人が、介護のため、それまで従事していた職業・仕事を放棄・制限したり無職となったりする場合が生じる。それにより収入がなくなるばかりでなく、年金保険受給の資格を失うことになる。これらの介護人に対して、介護金庫は、年金保険料の支払いを肩代わりし、さらに要介護者の介護段階、介護の程度に応じて月額200～600マルクを支払う。

そのためには、介護人が週14時間以上の介護をしていることが必要である。

(9) 介護金庫の使命

介護金庫は、介護の必要性に応じて、平等で、医学的知見に即した介護援助を行なう。要介護者の希望に応じ、必要な介護給付を実施する義務を負う。このために、介護金庫は介護サービス提供施設、要介護者を介護する施設と援助契約と報酬協定を結ぶ、介護施設については、民間施設、公益法人施設、公的機関施設などが自由競争することになる。ただし、その場合、介護の質・価格は監査をうける。介護給付の内容とそれを支える人的援助の質を確保することが、介護金庫に課された使命である。

(10) 投資費用の財源

介護施設に対する投資費用の財源措置は、連邦政府ではなく、州政府の専権事項である。財源措置の種類や規模などの詳細は、その当該州の法律によって定められる。投資費用を州の負担義務とするという規定を、介護保険法のなかに盛りこむことは、連邦参議院の反対で実現しなかった。従来の社会福祉・扶助財源から節約したものを投資費用助成財源とすることで政治的決着がつけられた。

(11) 補償措置

介護保険料の支払いは、労使折半であるので、これにより雇用者側に新たに生じる負担を補償する措置が必要となった。経済界への負担は、介護保険が1%の段階で約76億2千万マルク、1.7%の段階で約138億2千万マルクにのぼる。この補償のため、各州政府は、州議会の可決を経て、介護保険導入の第一段階(在宅介護給付開始)で、平日と常に重なる祝日を一日けずることとなった。その他の雇用者負担軽減措置も介護保険法にもりこまれている。また、従来社会福祉・扶助機関によって実施されていた介護扶助が廃止されるので、それにより年間80億マルク余の負担が軽減されることになる。

1994年に、ドイツ連邦共和国の全州で祝日が一日廃止された。この祝日廃止による補償

措置が雇用者に対して行なわれない州では、被雇用者(労働者)が保険料の全額を負担することになる。

1996年7月1日から介護保険料が1.7%に引きあげられるが、それによって生じる雇用者負担の軽減措置については、議論がわかれ、未解決のままとなっている。

また、キリスト教会側の強い反対があるので、祝日をさらにもう一日廃止することは政治的にむずかしいので、有給休暇の削減が議論されている。

(12) 任意加入の民間追加保険

施設介護においては、宿泊や食事の費用は要介護者の自己負担となっている。これらの費用のため、民間追加保険に任意加入することができる。1958年以降に生まれた人については、この追加保険料が360マルクを上限として課税控除の対象となる。この任意追加保険は、公的・民間的な強制加入介護保険で保証されない費用を補完するものである。

あとがき

以上は、平成7年9月19日、モニカ・ゾンマー氏によって行なわれた講演の要旨である。

平成5年までの講演会には、通訳が同行してきて、ドイツ語で行なわれる講演は、日本語に同時通訳された。しかし、東ドイツが1990年10月3日、西ドイツに統合され、東ドイツ各州の経済的・社会的レベルアップのための経費がかかるとの理由で、平成6年の講演会から通訳の同行がなくなった。このため、前もって講演原稿(Manuskript)の送付を依頼した。このたびのドイツ介護保険の講演についても、あらかじめ送付されてきた原稿(このたびは、ドイツ語のオリジナルとその日本語訳)にもとづき、保坂が通訳を担当した。ドイツ語の原文ならびにその日本語訳でも、ドイツと日本の社会福祉システムの相違から、複雑でわかりにくいところもあり、その部分はわかりやすくするか省略をした。

昨年9月15日の朝日新聞は、茨城県内の65才以上の高齢者の数は41万6700人で、県総人口に占める割合は14%と報じている。また、ある統計によれば、紀元2025年、総人口に占める65才以上の割合は西ドイツ、スエーデン、日本がいずれも23%を越えることになっている。すでに人口の18%以上が高齢者であるスエーデンは、介護も税金によって負担し、このためスエーデンの福祉関係の税金はなんと給料の55%にも達している。税金による負担には限界があるとの判断で、ドイツはいちはやく上記にのべられている介護保険制度を導入した。日本の厚生省も、ドイツにみならって、公的介護保険の導入の準備をすすめている。上記講演が私たちにとっても、有益な判断と検討の資料となることを期待したい。

1996年1月8日

茨城日独文化協会

保坂宗重