

# 2008年ドイツ介護保険制度改革の意味するもの ～人間を中心とする開かれた介護を求めて～

かな い まもる  
金 井 守

## 〈要 旨〉

2008年7月、ドイツでは改正介護保険法が施行され、1995年に公的介護保険が施行されて以来初めて保険料が値上げされた。一方、制度創設以来初めて（13年ぶり）在宅介護給付その他が増額され手厚くなった。他に、認知症の人への特別給付が増額されるなどの認知症対策が強化された。さらに、介護の質の保証のため、すべての介護保険関係事業所への立ち入り検査が全面的に施行された。

これらの改革の背景には、ドイツにおける高齢化の進展、認知症高齢者の増加、施設入所の増加、介護の質の問題、介護保険財政の収支バランスの変化などがあり、改革が促されたと考えられる。また、この改革は、今後3年ごとに見直すことが予定されており、給付額も2012年までに段階的に増額されることが決まっている。これらの動向と、2008年8月にドイツを訪問した折にインタビューを通して得た情報や文献などを併せて考えると、今回の改革は、今後のより大きな改革に向けた第一歩であるという印象を持った。

今回の改革の意味するものは、一つは、現金給付による家族介護の適切な評価と在宅介護の支援というドイツ介護保険の基本的考え方を踏襲しつつ、その支援体制にボランティア等の住民を加え、地域ぐるみの開かれた取組みを始めたことである。

二つは、老人介護士等の専門職による在宅給付（介護サービスの提供）を充実し、要介護状態の悪化の軽減、認知症ケアの取組みを推進しようとすることである。この専門職による認知症ケアの推進の背景として、福祉現場における革新的な認知症ケア実践の胎動があると考えられる。ドイツ現地調査における現場職員との接触からも、地域に密着し、認知症その人の立場にたった新しい介護のあり方が生まれ育っているとの印象を得た。

今回の改革は、「人間を中心とする開かれた介護」のあり方へ向け一歩を踏み出した改革であると言える。

この研究は、上記「開かれた取組み」及び「人間を中心とする新しい介護のあり方」の2点をめぐって、ドイツ介護保険制度改革の意味を探ろうとするものである。

## 〈キーワード〉

ドイツ介護保険制度 2008年改革 認知症介護 人間を中心とした介護 開かれた介護

## I ドイツ介護保険制度の基本的枠組み

### 1. ドイツ社会の特質

以下に述べるドイツ社会の特質を理解することが、ドイツ介護保険制度を正しく理解するためには有益である。

#### (1) 社会国家による生活保障

社会国家ドイツの優先的使命については、ドイツ連邦共和国基本法第 20 条に明記されている。「これにより、基本法は、自由に関する諸権利と共に、人間として生存するための生活基盤を国民に保障することを国家に義務づけている。ドイツは、全ての国民を社会的リスクから守ることを優先的使命に据える社会国家を自認している」とされる。このように、ドイツでは、国家が国民の生活を保障することを国家存立の根本原則として重視している<sup>1)</sup>。

#### (2) 社会保険による社会保障の確立

ドイツは、世界ではじめて社会保険制度を確立した国として知られている。最初に制度化されたのは、1883 年成立の疾病保険法で、次に 1884 年成立の災害保険法、そして、1889 年成立の廃疾・老齢保険法がある<sup>2)</sup>。疾病保険法は医療保険に相当し、災害保険法が労働者災害補償に、廃疾・老齢保険法は年金等の所得保障に相当する。その後、1927 年に失業保険法が成立。介護保険法は 5 番目の社会保険として 1994 年に成立した。

#### (3) 民間社会福祉の重要性

「ドイツ社会国家は、国によらない機構・団体の責任を重視し、それが国家に影響をあたえていくことを期待している。非国家的イニシアティブを重視するという考えから、社会福祉についても民間のイニシアティブを重視している。民間福祉 6 団体については、労働者福祉団、ドイツ・パリタティッシュ福祉事業団、ドイツ赤十字、ディアコニー事業団、ドイツ・カリタス、ユダヤ人中央福祉所という大型の非営利福祉事業が病院や施設経営、在宅サービスの提供、さらには専門教育を行っている」<sup>3)</sup>。このような非営利 6 団体を中心とする民間によるサービス供給は、歴史的に形成されたものであり、ドイツ社会において大きな役割を果たしている。

#### (4) 下支えとしての社会扶助制度、連邦と州との関係

社会保険による社会保障を中心とするドイツにおいて、これらを下支えしているのが公的な扶助である社会扶助制度である。また、ドイツは連邦制を採用し、州の権限が強い。「大部分の行政は、州により自主的に運営されている。州内の行政はすべて州の所掌であるが、加えて連邦のほとんどの法律、政令の執行が州政府の責任に任されている」<sup>4)</sup>。

## 2. ドイツ介護保険制度の基本的枠組み

ドイツ介護保険制度の枠組みについては、表1「ドイツ介護保険制度の枠組み（日本との比較）」を参照してほしい。以下、制度の主要な特徴を述べる。

### (1) 20年に及ぶ議論による合意形成

ドイツでは、要介護状態のリスクとその保護について、1970年代初頭から社会保障政策の問題として認識され、議論されてきた。「この論議には、あらゆる社会的集団、団体、学会、政党、州、市町村そして連邦政府が参加した」<sup>5)</sup>。国民による十分な議論を尽くし合意を形成した上で、1994年に介護保険法が公布されたことにより、要介護状態が一般的な生活リスクとして認められるようになるとともに、支援システムとして、普遍的な社会保険によるシステムを採用した。

### (2) 要介護者及び家族の経済的負担の軽減

介護保険導入以前は、介護リスクは基本的に自己責任の問題であり、その費用は本人負担が原則であった。しかし、年金等（資産売却を含む）の収入では介護費用を賄いきれずに多くの要介護者が社会扶助を受けることになり、地方自治体の財政を圧迫するとともに、要介護者の困窮化を招いた。「介護保険制度導入の目的は、要介護状態に伴う困窮状態特に高齢者の困窮状態を防止することである」<sup>6)</sup>。介護保険制度は、要介護リスクに対して肉体的・精神的負担を軽減し、要介護者の家計を保全し、金銭的負担の軽減を図ることである。それは、家族介護者による介護を適切に評価しその介護活動に金銭給付をもって報いるという意味でもある。さらに、一定の条件の下で、介護金庫が家族介護者の年金保険料を代わりに支払う仕組みになっている。また、家族介護者は、法定労災保険の保護を受ける。

### (3) 在宅介護の促進、介護サービス供給の拡充

介護保険の給付は、「予防・リハビリテーションの優先」、「在宅介護の優先」の原則により行われる。そして、在宅介護を促進するために、現金給付・現物給付及び両者のコンビネーション給付が可能な柔軟な制度設計とした。また、施設介護のホテルコストを自己負担とするなど施設入所の吸引力を減じている。さらに、サービス供給の基盤整備と事業者の競争を促進するため、訪問介護及び施設介護の認可は、特に制限を設けていない。2008年8月のドイツ訪問時、バイエルン州 AOK 介護金庫（保険者）デッケンドルフ郡支部所長シュミットは、「介護保険は、医療保険と異なりフリーマーケットなので、事業者の参入規制は行わない」と述べていた。

表1 「ドイツ介護保険制度の枠組み（日本との比較）」

	ドイツ連邦共和国	日本
実施時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1995年1月保険料徴収開始</li> <li>・1995年4月在宅介護給付開始</li> <li>・1996年7月施設介護給付開始</li> </ul>	2000年4月在宅・施設サービス給付開始及び保険料徴収開始
保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護金庫（疾病金庫が兼営 全国民の約90%をカバー）</li> <li>・民間介護保険（全国民の約10%をカバー）</li> </ul>	市町村・特別区
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病保険の被保険者（高齢者も被保険者である。被扶養配偶者・子どもも対象。）</li> <li>・民間介護保険被保険者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上の市町村住民</li> <li>・40歳以上65歳未満の医療保険加入者</li> </ul>
保険料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収入の1.95%（2008年7月よりそれまでの1.7%から0.25%上昇。全国一律）</li> <li>・労使折半（高齢者は年金保険者と折半）</li> <li>・連邦保険庁による財政調整あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上被保険者の保険料は市町村が設定</li> <li>・40歳～64歳の保険料は、医療保険者が徴収</li> </ul>
保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護等級Ⅰ～Ⅲの要介護者へ給付</li> <li>・在宅介護における現金給付の他、現物給付、コンビネーション給付（現金及び現物給付の混合）</li> <li>・デイケア、ナイトケア（部分施設介護）、ショートステイ</li> <li>・入所施設介護</li> <li>・認知症等の人への特別給付その他給付。予防給付はなし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護1～5の要介護者への給付</li> <li>・現物給付のみ</li> <li>・要支援者への予防給付あり</li> </ul>
要介護認定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病金庫のMDK（メディカルサービス）が医師等を訪問させ審査。介護等級の判定も行う。併せて、認知症等のスクリーニングを行い、軽度又は重度の判定を行う</li> <li>・リハビリテーションを介護給付に優先させる</li> <li>・ケアプラン骨子をMDKが作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村が調査員を派遣</li> <li>・認定審査会で二次判定実施</li> <li>・要支援認定がある</li> <li>・ケアプランはケアマネジャーが作成</li> </ul>
家族介護に対する給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現金給付あり（受給者が家族介護者へ支払うことができる）</li> <li>・家族介護者の年金保険料を介護金庫が負担</li> <li>・家族介護者に対し法定労災保険を適用</li> </ul>	・家族への給付はない
サービスの利用の自己負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己負担なし</li> <li>・施設サービスの居住費・食費は自己負担</li> <li>・給付上限額を超えるサービスは自己負担</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定率1割負担</li> <li>・施設サービスの居住費・食費は自己負担</li> <li>・給付上限額を超えるサービスは自己負担</li> </ul>
介護サービス事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公益的6団体の他、民間事業者の参入が増加</li> <li>・事業者は、保険者と「サービス供給契約」、「介護報酬協定」を結びサービス提供を行う</li> <li>・施設整備費助成は、州政府の判断による</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公益的法人の他民間事業者が多数参入</li> <li>・事業者は、都道府県等の事業者指定を受ける</li> <li>・介護保険施設整備交付金助成・公的貸付制度あり</li> </ul>
財政方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賦課方式</li> <li>・公費負担はない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賦課方式（3年単位）</li> <li>・給付費の2分の1は公費</li> </ul>
サービスの質の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの質の自己管理</li> <li>・すべての事業所に対するMDKによるサービスの質のチェックと結果の公表</li> <li>・監督官庁による監査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス情報の公表</li> <li>・第三者評価、外部評価</li> <li>・都道府県による指導監査</li> </ul>

（金井守作成）

## Ⅱ ドイツ介護保険制度改革の経緯

ドイツで介護保険制度が導入されて13年が経過した。ドイツにおける介護保険制度改革の流れを理解するため、その間の法改正を中心とした改革の状況を概観する。

### 1. 2002年改革の概要

ドイツ介護保険制度は、1995年4月の制度創設以来、施設給付が開始された1996年7月に保険料が値上げされた以外は、保険料や給付の変更をはじめとした制度改革は全く行われず、2002年に最初の改革が実施された。それは、主にマスコミなどでも取り上げられ従来から問題になっていた介護の質の確保の課題と、対応が遅れていた認知症介護の課題に取り組むためであった。これらをその前後に制定された法制度と併せて以下の表2「2002年改革法制度概要一覧」にまとめた。

表2 「2002年改革法制度概要一覧」

2002年 1月施行	「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」(介護品質保証法 PQsG)	介護の品質保証と質の改善及び消費者の権利の保護を規定した。MDKが、事業者に対して審査・助言・勧告を行う。審査のための立ち入り調査は事前の予告なしで行われる。 また、介護金庫と各施設との間の「給付と品質に関する取決め」※1を導入。 消費者保護規定では、助言・相談及び情報提供の強化、施設と保険者との間の介護報酬交渉の過程への施設利用者の参加、書面による契約の締結の義務付け等がある。 <sup>7)</sup>
2002年 1月施行	「全般的な世話の必要性が高い要介護者の在宅介護給付の補完に関する法律」(介護給付補完法 PFIEG)	全般的な介護の必要性が高い認知症、精神障害等の要介護者を対象に、家族介護者の負担を軽減するため年間最大460ユーロ※2を追加支給する。この資金は、デイケア等の利用や見守り等の介護人材の確保のため使用される。 また、要介護者の相談助言のための家庭訪問を追加する。さらに、ボランティア介護の促進、認知症介護モデルプロジェクト促進のため、約30億円が助成される <sup>8)</sup> 。
2003年 8月施行	「高齢者介護の職業に関する法律」(老人介護法)	介護専門職の教育内容の基準が定められ、養成過程が統一された。現在では養成過程3年で4600時間を履修することになっている <sup>9)</sup> 。
2003年 8月施行	新「ホーム法」	入所契約の透明化、施設に対する監督の強化、介護専門職の審議会等への参加の拡大、施設・保険者・MDK・社会扶助機関との協力体制の強化等が定められた <sup>10)</sup> 。

2005年 1月施行	「公的介護保険の保険料法において子どもの養育を考慮することに関する法律」(子の養育考慮法 KiBG)	2001年4月3日の連邦憲法裁判所の判決により、賦課方式である保険料を決める際には、子の養育による貢献を考慮すべきであるとして違憲判決を下した。 この判決を受けて子どものいる加入者をいない加入者よりも優遇する必要から、子どものいない加入者の保険料を0.25%加算した。
備 考	※1：給付と品質に関する取決めは、入居者の状況に応じて、必要となる人員や介護ホームで期待されるサービスの種類、施設や設備に関する具体的な要件を定め、介護施設事業者はそのために必要な人的・物的要件を確保する義務が課せられる。 ※2：1ユーロ＝126.33円(2008年10月31日現在。なお、参考に同年8月30日では、1ユーロ160円前後のレートであった。)	

(金井守作成)

## 2. 2008年改革の概要

### (1) 2008年改革の背景

改革の背景としては、第一に、介護保険制度創設以来13年間給付額が据え置かれており、物価の上昇にさえ対応できていなかったことがある。

第二に、この間施設入所者の増加が著しかったことがある。このことは、介護保険の在宅介護優先の理念と矛盾し、また、介護保険財政を圧迫する最大の原因にもなっていた。しかも、介護等級Ⅰの比較的軽度の要介護者が入所するケースが多く見られた。このことは、背景の第一とも関連しており、介護保険制度の導入により社会扶助の受給者が大幅に減少したものが、1999年前後に下げ止まり、再び増加傾向を示すようになっており、市町村財政を圧迫することにもつながってくる<sup>11)</sup>。

第三に、認知症高齢者の増加及び今後の一層の増大に対応するため、これを在宅訪問介護及びデイケア、ボランティア等による見守りなどの地域に密着した諸サービスで受け留める方向性がまとまり、そのため、サービスを充実する必要性に迫られた、ということがある。

### (2) 2008年改革の概要

2008年7月に実施された改革は、2002年改革を継承しそれを発展させるため、介護の質の確保のための事業所への立ち入り検査を全面的に実施し、また、認知症高齢者等とその家族介護者に対する支援の推進・拡大を行った。その上、制度創設以来初めて現金給付、サービス給付の上限額が増額され、拡大した。これに伴い、介護保険の保険料が収入の1.7%から1.95%に上昇した。これは、これらの拡大した給付の財源を賄うとともに介護保険財政の赤字状況と準備金取り崩しの現状を改善し、将来にわたる財政均衡を図るための措置であると考えられる。

その他の改革も含めこれら改革の全体を表3「2008年改革法制度概要一覧」にまとめると以下の通りである。

表3 「2008年改革法制度概要一覧」

2008年 7月から実施	介護の品質保証関係	介護の品質保証のためのすべての事業所への立ち入り検査（抜き打ち検査）を3年間で実施する計画がスタートした。3年後からは毎年実施し、検査結果はインターネットで公開する <sup>12)</sup> 。
2008年 7月から実施	認知症ケア関係	認知症ケアに対する追加給付が大幅に増額された（表4「介護給付補完法による追加給付額」参照）。この資金により、見守り等を行う人材の雇用やデイケア等のサービス利用の進展が期待されている <sup>13)</sup> 。
2008年 7月から実施	介護保険給付の拡大関係	現金及びサービスに関する在宅介護給付の増額、部分的施設介護給付の増額、入所施設介護は従来金額を維持（重度のⅢ等級だけは増額）。在宅介護では、現金給付よりもサービス給付の増加率を高くして手厚くし、また、介護等級の低い人に手厚くしていることに注目されたい（表5「介護保険給付額の拡大」参照）
2009年 実施（実施時期 に地域差あり）	総合相談機関の創設	人口10万人に1ヶ所程度の相談機関を地方自治体と介護保険者が財源等を共同で負担して新たに設置する。要介護者100人当たり1人の割合で専門職員（ソーシャルワーカー等）を配置する。介護等級0（非該当）の人を含む住民全体を対象にし、介護予防、介護方法の助言、医療保険等社会保障給付その他の総合相談を行う。相談は無料である <sup>14)</sup> 。
その他	介護休暇	現在、介護休暇取得が6ヶ月間可能になっている。

（金井守作成）

表4 「介護給付補完法による追加給付額」

2002年1月実施	年間460ユーロ
2008年7月実施	基本給付額 毎月100ユーロ
	重度給付額 毎月200ユーロ

（金井守作成）

表5 「介護保険給付額の拡大（単位はユーロ/月）」

給付の種類	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ
在宅介護 現物	420 (384 9.3%)	980(921 6.4%)	1,470(1,432 2.6%) ☆
在宅介護 現金	215 (205 4.8%)	420(410 2.4%)	675(665 1.5%)
部分施設介護	420 (384 9.3%)	980(921 6.4%)	1,470(1,432 2.6%)
入所施設介護	1,023(1,023)	1,279(1,279)	1,470(1,432 2.6%) ☆
代替介護	1470/年(1432/年 2.6%)		
短期入所介護	1470/年(1432/年 2.6%)		
備考	<p>①（）内は、2008年6月までの給付額及び新給付額の旧給付額に対する増加率</p> <p>②在宅介護サービス（現物給付）とは、訪問介護サービス（身体介護、生活援助、相談・指導等）をいう。在宅介護給付には現金給付があり、現金給付と現物給付双方を利用することもできる（コンビネーション給付）。部分施設介護とは、デイケア、ナイトケアの利用をいう。代替介護とは、家族介護者の休暇、病気等により介護ができない場合、年間最長4週間まで必要な介護費用が給付されることをいう<sup>15)</sup>。</p> <p>③☆印については、介護等級Ⅲのうち、特に過酷な要介護状態の場合、給付上限額が以下の通り設定された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅介護（現物給付）：新 1918ユーロ（旧 1918ユーロ）</li> <li>・入所施設介護：新 1750ユーロ（旧 1688ユーロ）</li> </ul>		

（金井守作成）

### Ⅲ ドイツ介護保険制度改革における認知症介護の状況

ドイツ介護保険制度改革の意味するところを探求するため、ドイツにおける認知症介護の状況を探り、考察の糸口とする。

#### 1. 認知症介護の状況

##### (1) これまでの認知症介護の状況

ドイツの認知症の人の状況は、患者数は約 120 万人と推計され、そのうち 90 万人が中・重度である。約 40 万人が施設で生活し、約 55 万人が家庭内で介護を受けている。ドイツでは、認知症の人は年間約 2 万人が増加している。中・重度の認知症患者は、今後 50 年間で倍増し、200 万人以上になると考えられる<sup>16)</sup>。

これまでの認知症の人に対する対応は、介護保険制度の基本的枠組みの中で行われてきたのであり、認知症の人を十分に意識した対応とはいえない状況であった。また、介護給付補完法が制定されたものの、認知症の人に対する支援は量的にも不十分であり、介護の質においても認知症に適した介護の要件を満たしていない、と言われてきた<sup>17)</sup>。課題として、相談体制、介護認定における認知症判定、認知症の人に対する適切な介護方法・サービス提供のあり方、地域で支える体制づくりなどが挙げられる。

##### (2) 現在の認知症介護の取組み

介護給付補完法による給付が拡大するなど新しい動きがある中で、今後の認知症介護の進展につながるいくつかの取組みを取り上げ、考察する。

###### ①相談体制の整備

身近な地域で要介護者であるなしに関わらず早めにそして専門的・総合的な相談を受けることができるよう相談機関が設置されることが決まり、実施される状況にある。

このことは、身近な市町村における包括的相談体制の整備、総合的なケアマネジメントによるシームレスケア（切れ目のないケア）の推進、予防的活動の活発化をめざしていると考えられる<sup>18)</sup>。

###### ②介護認定における認知症その他精神的障害による障害の判定

これまでの判定基準は、主に一般の要介護者を対象にした基準であり、認知症等精神的障害を持つ人を十分捕捉できずに給付に結びつかない場合や、認知症等による障害が十分に評価されずに介護等級が低く判定されることが多く見られた<sup>19)</sup>。しかし、現在は、認知症等の人のスクリーニング及び判定基準が開発され使用されている。判定基準の開発は、MDK による審査判定から得られた知見を基に、大学等の研究者が協力して行った<sup>20)</sup>。判定手続きは、最初に認知症等の精神的障害がある者を幅広く捕捉するスクリーニングテストを行なった上で、判定基準に基づいて判定を行なう。判定



項目は13項目あり、介護保険の給付を受けるためには、うち2項目以上に該当する必要がある、しかも1から9番の項目に1項目以上が該当し、障害の状態が永続的かつ規則的に見られることが条件である。13項目は以下の通りである。

1「徘徊傾向」、2「危険な状況を誤認したり引き起こす」、3「危険な対象物の不適切な扱い」、4「攻撃的な行動・言動」、5「状況の前後関係から不適切な行動」、6「自分の肉体的な感覚・欲求等を認識できない」、7「治療等への協力ができない」、8「顕著な記憶障害」、9「昼夜のリズム障害」、10「一日の生活の流れを組み立てることができない」、11「日常生活における状況の誤認及び不適切な反応」、12「情緒不安定」、13「無気力」<sup>21)</sup>。

保険給付を受けるためには、きちんとした判定基準による判定を受けることが必要である。判定基準は、学問や実践の進歩に合わせて常に改善し精度を高めていく成長型の基準でありたい。これにより、早期のうちに対象者を把握でき、適切なサービスに結びつけるなど支援体制を構築することが可能となる。

### ③専門的なサービス手法の開発とネットワーク

「1. 認知症介護の状況」で指摘したように、既存のサービスや施設は、認知症の人に対する適切な介護サービスの要件を満たしていないとされる。また、2004年5月にドイツ連邦議会が採択した決議「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」の中で、「こうした援助を必要としている人たち（認知症の人々）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目指し、時機を逸することなく方向性を見直しを図る必要があることは明らかである。」と述べられている。

認知症介護に関わるさまざまなプロジェクトの中で、総合的なケアマネジメントによるサービスネットワーク構築の取組みがあるが、その他、「DCM(認知症ケアマッピング)支援老年精神医学ネットワーク」の取組みがある。DCMは、イギリスのトム・キットウッドが開発した計量心理学の方法で、ドイツその他の国々で介護実践に取り入れる取組みが行われている。これは、認知症の人の行動を観察し、6時間に渡り5分おきに「他者との交流」、「飲食」、「歩行等の移動」、「苦痛の表現」その他24のカテゴリーに従って、活動への積極的参加等のウエルビーイングから無為状態等のイルビーイングまでの6段階で評価する。また、介護職員が提供する介護について、認知症の人を物扱い同様に扱うなどの「個人の価値を低める行為」とバリレーション（元気付けること）などの「前向き働きかけ」という2領域のリストに従い、観察結果を記録する。そして、これらのデータを認知症のある人の立場から分析し、グラフとレポートにまとめる、というものである。DCMは、認知症の人の立場にたったその人らしさを尊重するケア、すなわちパーソンセンタードケア（人間を中心とする介護）の考え方に基

づいている<sup>22)</sup>。

「DCM 支援老年精神医学ネットワーク」の取組みは、この認知症介護に優れた支援の手法を介護専門職の間に普及させ、専門的で質の高い認知症介護サービスを提供しようとするものである。

ドイツ訪問時、AWO（労働者福祉団）の地区管理者ハインツエは、在宅介護のあり方として、認知症の人の立場に立ち、在宅生活を永く継続できるよう支援することが大事であるとし、合わせて、家族介護者の介護負担を軽減する、と述べていた。また、デイケア所長シュッテは、職員の姿勢として、家族の一員のように親しく利用者の心に寄り添うことが大切であると述べていた。これらの職員からは、認知症介護の最前線で先進的に取り組んでいる熱い思いと認知症介護に対する自信が伝わってきた<sup>23)</sup>。

#### ④非職業的介護者（ボランティア介護）の促進

「介護給付補完法」により、認知症の人の見守りその他の介護のために追加給付が受けられることとなり、それらの介護に当たる人材を養成し確保する必要が出てきた。全国で 15,000 人程度の人員が必要とされ、研修を受けることになっている<sup>24)</sup>。

非職業的介護者による介護提供とは、ボランティアのヘルパーが介護専門職の指導を受けて、グループまたは在宅領域で認知症の人の介助をすることを言う。家族介護者の介護負担の軽減につながるよう多様なサービスが提供されなければならないとされる。要介護者は、認知症等の認定を受けることにより、月 100 ～ 200 ユーロの費用を使用できることになる。非職業的介護者には、認知症他精神障害を抱える人々のための介護グループ、介護要員を仲介する代理機関、家族の負担を軽減し家族をサポートするサービス、認定ヘルパーによる個別の介護、小グループでの日中介護その他が含まれる。

ボランティア介護の問題については、「介護への市民参加」、「介護へのボランティアによるかわり」が言われ、政策化されている<sup>25)</sup>。ドイツはボランティア活動が盛んな国であり、財政的な理由からもボランティアを活用することは理解できる。加えて、認知症の人が地域において安心して暮らすためには、ドイツにおいても依然として存在しているといわれる認知症の人への差別意識を解消し、すべての住民が認知症を理解し、認知症の人との接し方や手助けの方法を学ぶ必要があると考えられる。

## IV 考察

### 1. 公的介護保障と私的自治

#### (1) 介護保険制度の維持・拡大

今回の改革は、ドイツ介護保険制度の基本的枠組みを維持し、給付その他の保障を拡大したということが言える。特に、在宅介護の給付を増額し、中でも軽度の要介護者への給付を厚くしていることその他の状況から考えると、重度化を予防し、施設入所圧力を減らして在宅介護を発展させる決意が読みとれる。また、2010年および2012年にさらに給付額を増やすことが決まっており、今回の改革は中期的な計画の中に位置づけられていることになる。長期的には、その後さらに大きな改革が起こる可能性もあり、関係者の間で議論され、提案も出されているという。このことは、第5番目の社会保険としての介護保険制度が、ドイツ社会において必要欠くべからざるものになっており、今後ますますその重要性が増すことになる、と予測される。それは、ドイツ社会で「介護」が国民から理解されている状況を反映しており、現在行われている認知症の人や精神障害を抱えた人にまで介護の概念を拡大し深めていく議論を通して、介護の概念がドイツ社会に一層定着することが期待される。

#### (2) 公的保障と私的自治

ここで公的保障の拡大の意味の変化について考察を加えておく必要がある。今回の公的保障の拡大は、社会扶助のような公的責任により生活全般を保障するという意味ではなく、あくまで市民相互の連帯による共助を基盤にしているということである。介護保険が導入されたのも、スティグマ（社会的汚名）の伴う社会扶助から権利としての受給の仕組みである保険制度へ移行するという意味があったのである。

このことはまた、日本で言われる「介護の社会化」の意味とも関連する。日本における「介護の社会化」とは、介護が十分受けられない要介護者が介護を受けられるようにすることはもちろんだが、介護する家族の負担を減じあるいは解消して、その介護を専門職による介護サービスにゆだねるという面があるのに対して、ドイツにおける公的介護保障は、家族による介護を受け止め認めただうえで、家族介護を支え、家族介護者、専門職、ボランティアが協力して在宅介護を強化するために給付が行われていることである。ドイツでは、私的自治を基盤としてそれを強化するために公的保障を行っていると考えられる。別の言い方をすれば、家族を介護したいという思いや人の手助けをしたいという人間の持つ自然な利他的精神を発揮し活用できる公的保障のあり方を求めているとすることができる。つまり私的自治と公的保障の双方が育つ仕組みと工夫が試みられている、と言えるように思われる。

## 2. 地域密着と国際化

### (1) 方法・サービスの革新

日本やドイツにおける認知症介護の革新的営みは、実践現場における職員の努力や学び、国内外の研究や実践の交流、モデル事業の推進政策等の要因によりサービスの革新が起こり、推進される、と考えられる。また、そのような倫理的で効果的なサービスの存在を拠り所とし、それを普及させるために制度化されるという、実践と研究および政策の関係のあり方を教えられる。

### (2) 地域密着

認知症の人の介護に求められることは、認知症の人がそれまで慣れ親しんだ地域や生活圏において、認知症の人のそれまでの生活スタイルや人間関係を維持しながらその人らしく暮らすことを支えることである。このような認知症の人を中心とする介護を行うためには、これまでの点を寄せ集めたようなサービス供給では対応できない。これからは、地方自治体の責任の下、認知症の人の生活全体と人格に寄り添い、情緒的欲求を正しく評価でき、本人のアイデンティティを保持しサポートできるような高度の専門性を持った専門職が必要とされる。また、家族介護者、さまざまな専門職、ボランティア等地域住民が連携・協力しネットワークを構築して対応する必要がある。

### (3) 国際化

認知症介護は、地域密着のローカリティーを要求すると共に、人間についての深い知見と援助技術を要求する。認知症介護を実現するためには、従来のモデルでは対応できず、新しい試みを多く学ぶと共に、実践経験や研究業績を交流し合い、相互に高めあうことが必要になっている。国内はもちろん、いまや国際的な交流・学びあいが活発化し日常化している。

これは、国際交流のあり方とも関係し、アジアを含めた海外から多くを学ぶと共に、日本における実践や研究を海外に提供して活用してもらう互惠関係を発展させることが重要と考える。

## 3. 開かれた介護

開かれた介護という意味には、サービスの透明性を高めると言う意味と、地域住民に開かれた開放的などという意味の2つがある。

前者の意味する開かれた介護は、「介護品質保証法」に見られるように、サービスの質を外部から検証しそれを国民に公表するということである。それは、事業者自ら透明性を高める努力を行い、進んで公開していくことでもある。

後者の開かれた介護は、「介護給付補完法」に見られるように、認知症の人の支援体制にボランティア等の住民を加え、地域ぐるみの開かれた取組みを行うことである。また、

専門職が自らの経験を公表して互いに学びあい、介護の質を高めることでもある。

開かれた介護は、介護保険の公的な性質、生活を支えるという介護の特質から必然的に導き出されるものであり、今後の介護保険制度および介護の概念・方法論発展のため、その重要性はますます増大すると考えられる。

## 終わりに

この研究は、ドイツ介護保険制度に関する研究の第一歩であり、今後さらに研究を深め発展させていきたい。ドイツで訪問調査に応じてくれた関係機関・施設の人々、通訳の長谷川義晃さん、本大学はじめ日本の関係の皆様は厚く感謝する。また、ドイツ訪問調査は、文部科学省科学研究費補助金事業（萌芽研究）による補助金を受けて実施したことを報告する。

## 〈注〉

- 1) 編集監督 Peter Hintereder ドイツの実情研究会翻訳『ドイツの実情』Societäts-Verlag, Frankfurt am Main 及びドイツ連邦共和国外務省発行 2005年 140 ページ
- 2) ・仲村優一・一番ヶ瀬康子編集『ドイツ・オランダ』（世界の社会福祉8）旬報社 2000年 33 ページ  
・ウイルヘルム一世時代のドイツ帝国宰相ビスマルクは、皇帝狙撃事件を契機に、労働運動の取締りを目的とした社会主義鎮圧法を制定する一方で、1883年に疾病保険法を制定して、労使協調による社会保険制度を施行し、社会主義に対する弾圧政策と労働者保護政策とを組み合わせた「飴と鞭」の政策を遂行した。（『現代社会福祉辞典』有斐閣 2003年 382 ページ）
- 3) 前掲『ドイツ・オランダ』27～28 ページ
- 4) 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革』（MINERVA 人文社会科学叢書 129）ミネルヴァ書房 2008年 8 ページ
- 5) 和田勝編著『介護保険制度の政策過程』（日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究）東洋経済新聞社 2007年 155～156 ページ
- 6) 前掲『介護保険制度の政策過程』155 ページ
- 7) 前掲『介護保険制度の政策過程』212～223 ページ
- 8) 前掲『介護保険制度の政策過程』223～225 ページ
- 9) ・前掲『社会保障改革』110 ページ  
・高木剛「ドイツにおける高齢者ケアを担う人材養成」（日本社会事業大学『第46回日本社会事業大学社会福祉研究大会報告資料集』2007年）106～107 ページ所収
- 10) 前掲『社会保障改革』111 ページ
- 11) 前掲『社会保障改革』134～142 ページ
- 12) ドイツバイエルン州 MDK（疾病金庫メディカルサービス）ゲーバー所長に対するインタビュー（2008年9月4日）から得た情報を主とし、他に、AOK 介護金庫デッケンドルフ支部シュミット所長他へのインタビュー（2008年9月2日）による情報及び施設やソーシャルステーションを訪問した際に聞き取った情報を参考にした。
- 13) ・バイエルン州政府社会福祉省介護保険課ケーニツヒ参事へのインタビュー（2008年9月1日）、

- ・前掲、AOK 介護金庫シュミット所長へのインタビュー
- 14) ・前掲、バイエルン州政府ケーニッヒ参事へのインタビュー、
  - ・前掲、AOK 介護金庫シュミット所長へのインタビュー
- 15) 前掲『介護保険制度の政策過程』172～183 ページ
- 16) 前掲『介護保険制度の政策過程』158 ページ
- 17) 前掲『介護保険制度の政策過程』226 ページ
- 18) ・前掲、バイエルン州政府ケーニッヒ参事へのインタビュー、
  - ・前掲『介護保険制度の政策過程』232 ページ
- 19) ・前掲、AOK 介護金庫シュミット所長へのインタビュー「これまで認知症の人は介護保険の対象外であった」
  - ・「世話のための補足的給付」AOK-BAYERN 広報「これまで介護等級ゼロのいわゆる歩きまわる人（認知症による徘徊等の行動障害（著者注））が初めて給付を受けることになる」所収
- 20) ・前掲『介護保険制度の政策過程』225 ページ、
  - ・前掲、バイエルン州 MDK ゲーバー所長に対するインタビュー
- 21) ・前掲『介護保険制度の政策過程』225～226 ページ
- 22) ・前掲『介護保険制度の政策過程』244 ページ
  - ・Tessa,Perrin and Hazel,May（2000）Wellbeing in Dementia(= 2007 白井壮一・白井はる奈・白井佐知子『認知症へのアプローチ』エルゼビア・ジャパン）  
viiiページ、178～182 ページ
  - ・Tom,Kitwood(1997)Dementia Reconsidered（= 2005 高橋誠一『認知症のパーソンセンタードケア』筒井書房）  
v～viiページ、83～90 ページ、158～166 ページ
- 23) ・AWO（労働者福祉団）ランドシャット ソーシャルステーション及びデイケアセンターにおけるハインツエ地区管理者、シュッテ所長へのインタビュー、
  - ・AWO 高齢者デイケアパンフレットの中で、デイケアでは、障害のある人の支援にふさわしい親密で愛情豊かな空間を形成し、孤独のうちに放置されることなく、自分らしさを表現することが可能になる。そして、在宅生活が継続できるよう在宅介護へつないでいく、と説明されている。
- 24) ・前掲、AOK 介護金庫シュミット所長へのインタビュー
  - ・前掲『介護保険制度の政策過程』223～232 ページ
- 25) 前掲『介護保険制度の政策過程』246～249 ページ ドイツ連邦議会が介護保険制度の発展に向けて連邦政府に対する要請事項をまとめた決議（2004年5月）では、認知症の人の介護について、自助グループやボランティアがかかわることの必要性を述べ、そのための政策の推進を求めている。

### 〈参考文献〉

- ・『Begutachtung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz( § 45a SGB VI )』（日常生活能力に重大な支障がある人の鑑定書）2008年7月施行
- ・「Pflegeberatung und Pflegekurse」（介護相談及び介護利用）『Information über Anspruch und Leistungen der AOK-Pflegekasse』（AOK 介護金庫の請求と給付に関する広報）AOK-BAYERN 2008年広報所収
- ・「Zusätzliche Hilfe für die Betreuung」（世話のための補足的給付）、前掲 AOK-BAYERN 2008年広報所収