

介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価

田中 耕太郎

■ 要約

ドイツの介護保険は、在宅介護を優先し、家族等による介護の社会的経済的な認知を通じて家族等の介護したいという気持ちと力を促進する明確な政策目的をもっている。このため、当初から当然のごとく在宅介護の現物給付と並んで介護手当(金銭給付)を設け、いずれかあるいは両者を組み合わせて選択できることとしている。施行当初は事前の予測以上に介護手当の申請が多かったが、毎年徐々に現物給付が増え、1998年には受給者数で約2割、給付額で約3割が現物給付を選択している。一般的には、要介護度が重度になるほど現物給付の選択が増える傾向にあり、要介護者や家族等が実情に応じて柔軟に利用していることが伺える。介護手当が依然として多く選択されているにも拘らず、在宅サービスはわずか5年間に約3倍と急激に増加し、国民の間でも介護保険は広く受け入れられ支持されている。わが国においても早急に法律改正により金銭給付を導入すべきものと考えられる。

■ キーワード

介護手当、金銭給付、コンビネーション給付、家族介護、選択

はじめに

周知のように、ドイツの公的介護保険では当初から在宅介護給付として、専門職による介護サービスの現物給付と家族等が介護を行った場合の介護手当(金銭給付)、そしてその選択による自由な組み合わせを用意した。

これに対して、わが国で平成12年4月から施行された介護保険法では、家族等が介護を行った場合の金銭給付を認めていない。しかし、[社会的介護サービスの必要量]=[要介護の量]-[家族等によるインフォーマル介護サービス供給量]の定式下で、介護給付の程度は客観的な[要介護の量]によって決まるにもかかわらず、家族等が介護を行えば行うほど、必要な社会的介護サービス量は減るため、給付は受けられなくなるという奇妙で不

公正な結果が生じる。このような結果を避けるためにはドイツのように家族等による介護に対して金銭給付を行う以外に方法はない。また、実際にわが国の在宅介護の多くが家族等によって献身的に担われている状況の中で、これにせめて経済的に報いたいという思いを持っている人々も多い。このような背景の中で、法律は金銭給付について見切り発車をしたものの、その後も、家族介護を評価すべきとの根強い国民感情を背景に、家族等が介護を行った場合にいくつかの条件を付してこれを基準該当サービスとして認める途や、さらには法律に基づく給付とは別に一定の条件を満たした場合に家族介護慰労金を支給することが政府与党間で決定された。しかし、これらはいずれも、本来法律事項として介護保険法の最も根幹となるべき家族介護の位置づけの問題を、法律は変えないと

いう前提で政治的に妥協を図ろうとしたものである。その結果は、ほとんど現実に適用される人がいないに等しい無残な内容となっている。家族介護を評価し、その精神的・経済的支援をすべきだという自然な国民の声がいかにして政策決定過程で歪められたかという点はそれ自体一個の政治学、行政学の研究課題ではあるが、本稿では、正面から家族介護に対する金銭給付を位置づけて展開してきたドイツの介護保険について、わが国における議論を念頭に置きつつ、その意義と効果を検証し、改めてわが国における早期の法律改正に向けて議論の参考としたい。

I 在宅介護の状況

ドイツにおける在宅介護の状況に関しては、1992年に連邦家庭・高齢者省の委託に基づいて行われた調査¹⁾が現在でも最も詳細なものであるため、若干データは古いが、これを中心に在宅介護の実態をまず概観してみる。

1. 要介護度別の人数

表1に見られるように、全ドイツで要介護者は112.3万人で人口比は1.4%となっている。この時点で介護施設等に入所している要介護者は約45万人と推計されているので、両者合わせると要介護者総数は約157万人で、在宅者はそのうちの約71%ということになる。

また、要介護ではないが家事援助を必要とする要支援者は209.3万人で、人口比2.7%となっている。

2. 要介護者の年齢分布と世帯、介護者の状況

在宅の要介護者の推計数のうちの71%に当たる79.3万人が65歳以上であり、そのうちでもさらに80歳以上が48.3万人と、要介護の発生が高齢期、とりわけ後期高齢期に集中していることが分かる。また、このことと関連して、65歳以上の要介護者のうち70%が女性となっている。

要介護者の属する世帯を要介護度別に見たものが図1である。要介護度が比較的低い段階(「週に複数回介護が必要」)では1人暮らしも33%に及ぶのに対して、重度になるにつれてこれが急減し、逆に4人以上の世帯が急激に増えているのが分かる。ドイツにおいても重度の要介護者が在宅で生活するには家族の強力な支援が必要なのである。

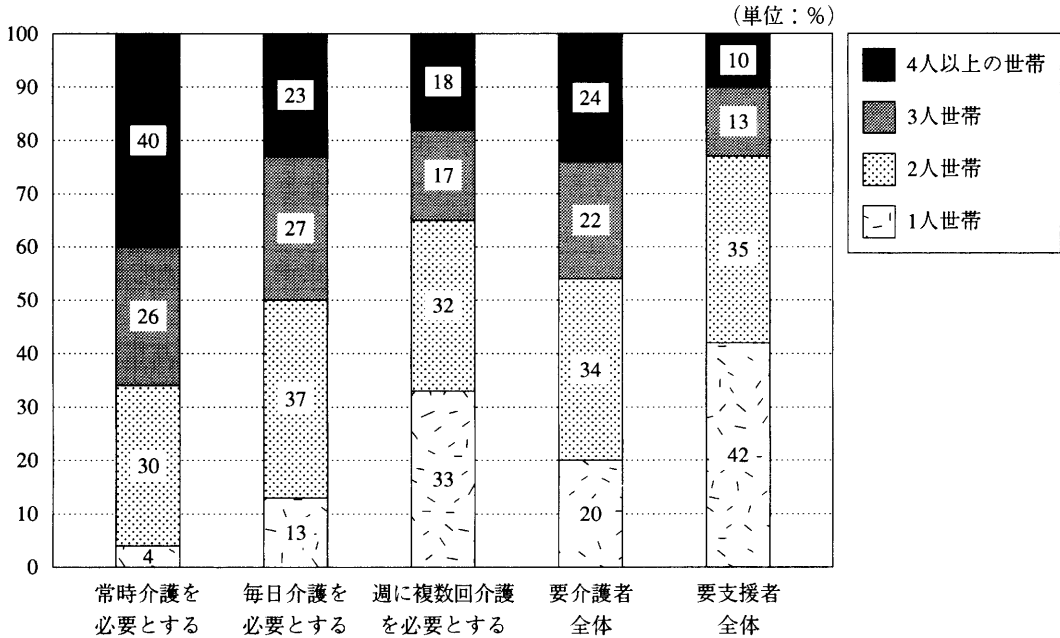
また、要介護度別に介護者の状況を見たのが図2で、比較的軽いうちは家族や知人に介護者がいない場合や、複数の介護者が交代で介護を行う形で支援しやすいが、重度になるにつれて1人の主介護者が付きっきりにならないと在宅での介護は困難なことが分かる。

要介護者の年齢別に主介護者の続柄を見たものが表2である。要介護者が子どもの場合にはほとんどの事例で母親が主介護者になり、中年期から初老期は夫婦が支え合い、やがて配偶者が死去または自身が不自由になる後期高齢期には主

表1 要介護度別要介護者数の推計

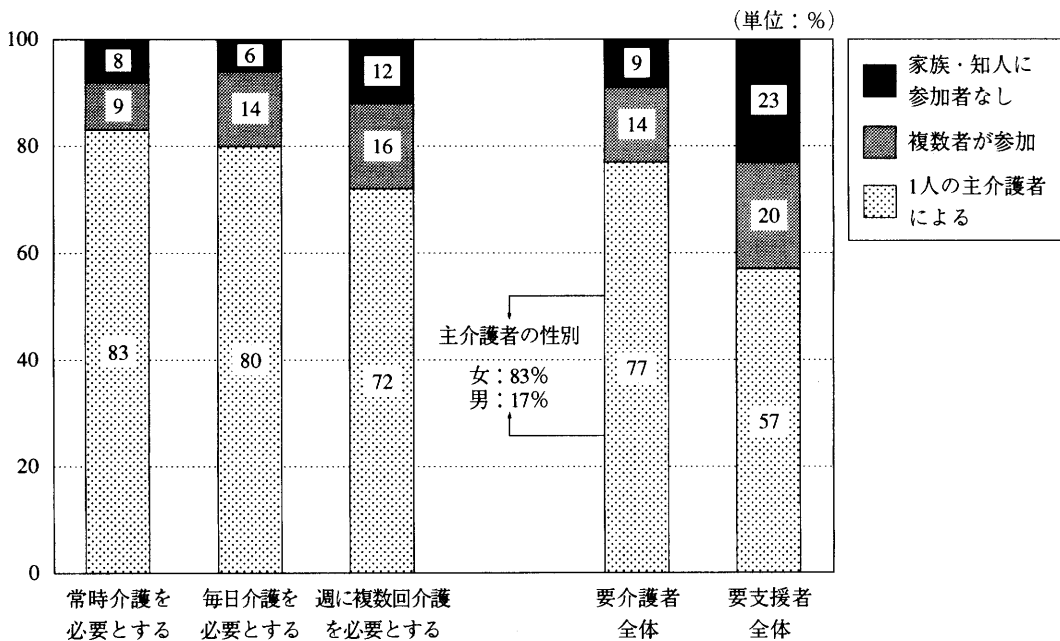
	人数	構成割合
在宅要介護者数	112.3万人	100%
週に複数回の介護が必要	46.5万人	41%
毎日介護が必要	46.8万人	42%
常時介護が必要	19.0万人	17%
要支援者数	209.3万人	—

資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.61



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.124

図1 要介護度別に見た要介護者の属する世帯規模別の分布



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.126

図2 要介護度別の家族または知人による介護の状況

表2 要介護者の年齢別の主介護者の続柄

(単位：%)

	0-15歳	16-39歳	40-64歳	65-79歳	80歳以上	全年齢
妻	0	4	53	39	12	24
夫	0	14	23	22	5	13
母親	98	78	3	0	0	14
父親	2	0	0	0	0	0
娘	0	2	4	24	44	26
息子	0	0	1	2	6	3
嫁	0	0	1	6	17	9
その他の親族	0	2	12	6	9	7
友人、隣人	0	0	2	2	7	4
計	100	100	100	100	100	100

資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.129

介護者が子どもの世代に移っていく傾向が明瞭に読み取れる。80歳以上の要介護者の主介護者の44%は娘であり、興味深いことには嫁が主介護者になるケースも全体の17%もの比率に上る。そして全体で平均すると主介護者の83%が女性であり、わが国同様に在宅介護が主に女性によって担われていることが分かる。

3. 主介護者の負担

要介護度別に主介護者が拘束される時間を見たのが図3である。要介護度が重くなるにつれて「休みなく四六時中」拘束される主介護者が増え、常時介護を要する場合には92%の人がこのような状態にあることが分かる。また、このような介護の実態を反映して、主観的な負担感を尋ねた結果が図4で、常時介護を要する人の主介護者の8割近くが非常に強い負担感を持っている。他方で、比較的軽度の場合には、「どちらかという強い」が半分以上で、「どちらかという少ない」も14%程度を占めるなど、要介護の程度や家族の介護負担、気持ちなどによってさまざまなケースがあることがうかがわれる。

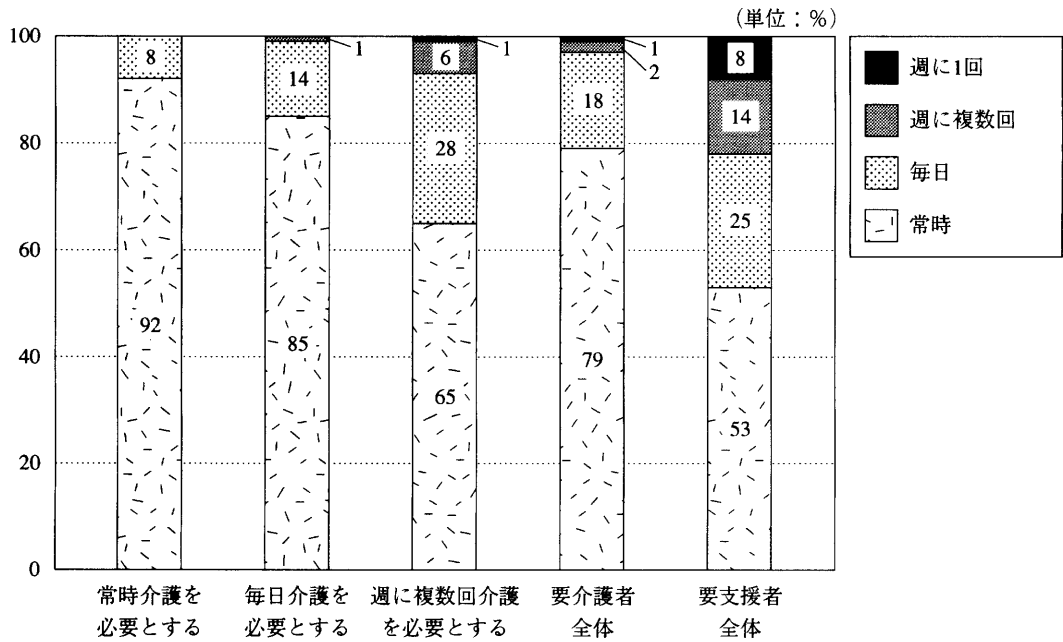
また、これらと関連して、稼働年齢(18歳から

64歳まで)の主介護者の仕事の状況について見ると、全体では仕事をそのまま継続した人が22%いる反面で、仕事をあきらめた人も16%、制限した人が14%を占め、この傾向は要介護度が重度になるほど顕著になるなど、家族の介護は介護者の就労にも大きな影響を与えている。このため、介護に当たる家族の所得の保障、年金などの社会保障面での不利益のカバー、介護が終わった後の就労復帰の支援なども重要な課題となっていることが分かる。

II 介護手当の趣旨および内容

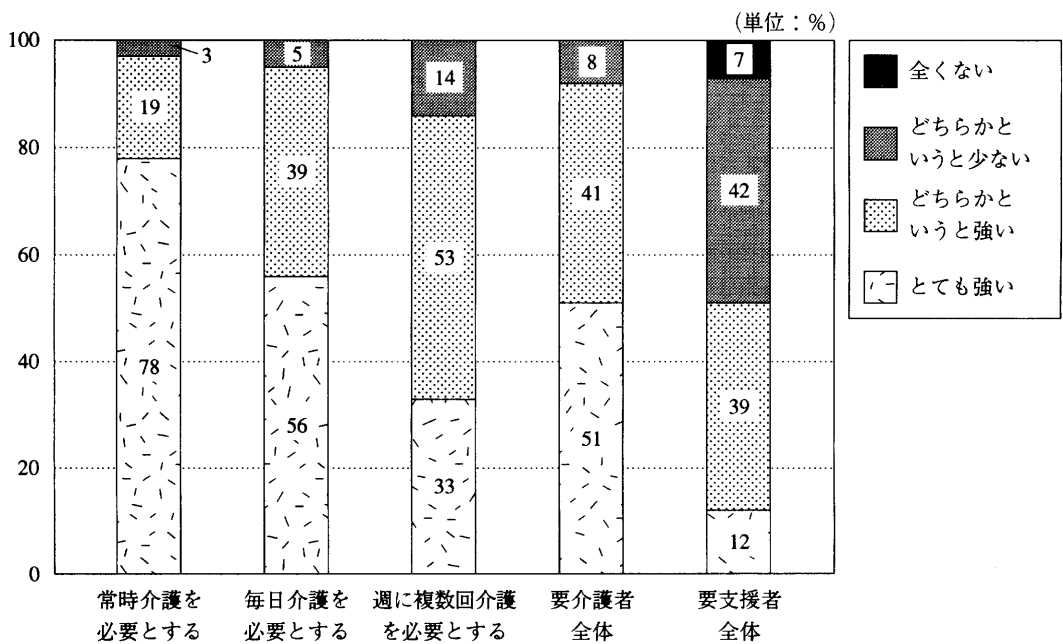
1. 在宅介護給付の位置づけ

介護保険法上の給付としては、在宅介護給付(Leistungen bei häuslicher Pflege)、通所介護・短期入所介護(Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege)および入所介護(Vollstationäre Pflege)の3種類に分けられる。そして、介護保険法の3条では、「介護保険は、その給付によって、優先的に在宅介護と家族及び隣人の介護しようという気持ち(Bereitschaft)を支援し、それによって、要介護者ができる限り長い間、その在宅環境にとどまるこ



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.133

図3 要介護度別の主介護者の拘束時間



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.136

図4 要介護度別の主介護者の負担感

とができるようにすべきである。」として、明確に在宅介護優先の原則が示されている。

在宅介護給付は、介護現物給付、介護手当および両者のコンビネーション給付が中心で、それ以外にも介護者に支障が生じた場合の代替介護と介護補助具の支給および技術的支援がある。なお、介護保険法が制定される前に、先行して1989年の医療保険改革法(GRG)により医療保険の給付として在宅介護給付が創設された。このときは重度の要介護者のみを対象として、コンビネーション給付は設けられずに介護現物給付と金銭給付(Geldleistung)、そして介護者に支障が生じた場合の代替介護給付のみが設けられ、しかもその限度額は1段階で低く不十分なものだった。これが介護保険法により大幅に改善された。

2. 介護現物給付(Pflegesachleistung)

介護現物給付は介護金庫が供給協定を結んだ介護サービス機関によって提供される。その中心はソーシャル・ステーション(Sozialstation)と呼ばれる機関で、わが国における在宅介護支援センターと訪問看護ステーション、ヘルパーステーションを一体化したようなもので、地域における在宅介護・訪問看護の中心的な存在である。また、介護金庫が協定を締結した場合には個人が現物給付を提供することもできる。現物給付の内容は基礎介護と家事援助で、その額には要介護度に応じて表3のような毎月の限度額が設けられている。したがって、これを超えてサービスを利用する場合には超えた額は全額自己負担となり、それが負担できない場合にはミーンズテストを経たうえで最終的には社会扶助の対象となる。

3. 介護手当(Pflegegeld)

(1) 趣旨

在宅介護の大半はすでにIの実態のところで見たとように家族を中心に担われており、家族や隣人

の介護しようとする気持ちを支援するという介護保険法の基本的な目的からも当然のこととして、要介護者が家族等自ら介護者を確保した場合に介護手当が用意された。

要介護者が自分の責任で行う自己決定を尊重するため、その申し出によって、現物給付に代えて介護手当が支給される。この介護手当は、介護者によって行われた介護サービスに対する労働報酬ではなく、要介護者が介護に当たってくれている家族や知人、隣人などの大きな献身に対して物質面での認知(Anerkennung)および動機付け(Anreiz)に役立つものという性格が与えられている²⁾。この意味で、介護手当は介護現物給付の補完(Surrogat)と位置づけられる。

(2) 内容

介護手当は、要介護者が家族その他の介護者によって、必要な基礎介護および家事援助を適切な方法で自ら確保できる場合に、要介護度に応じて支給される。

受給権者は介護者ではなく要介護者本人である。

介護手当は基礎介護と家事援助のために支給されるが、これをどう使うかは要介護者の自由である。したがって、日頃介護で負担をかけている家族、あるいは知人や隣人などの非職業的な介護者に対してお礼として支払ってもいいし、職業的な介護者を要介護者自身が雇う場合(いわゆる使用者モデル)も対象となる。

介護手当の金額は、要介護度に応じて、表3の通りで、いずれも上限額ではなく、定額である。また、それぞれ対応する現物給付の上限額と比較するとその半分前後となっている。この点については、要介護者が自らの責任で自己決定により適切な方法で自ら介護者を確保した場合に支給するという介護手当の趣旨に照らしても低額過ぎるとの批判も行われている³⁾。

表3 現物給付と金銭給付/介護手当の給付額とその比率

(単位：マルク/月)

医療保険法に基づく在宅介護給付 (1991.1.1～1995.3.31)			介護保険法に基づく在宅介護給付 (1995.4.1～)			
現物給付(a)	金銭給付(b)	b/a(%)	要介護度	現物給付(c)	介護手当(d)	d/c(%)
750	400	53	I	750	400	53
			II	1800	800	44
			III 困難事例	2800	1300	46
				3750		35

(3) 介護の質の確保のための措置

介護手当という形で金銭給付を行った場合の一つの問題は、それによって果たして適切な介護の質が確保されるかどうか保障がないという点である。このため、この点に対しては慎重な考慮が払われている。まず、最初の要介護認定の段階で、MDK(医療保険のメディカル・サービス—Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)は、要介護者が介護手当を申請している場合には、その要介護認定に関する鑑定意見の中で、在宅介護が適切な方法によって確保できるかどうかに関しても意見を述べることとされている(介護保険法18条5項)。そしてさらに、受給開始後も、定期的に、要介護度IとIIの場合は少なくとも半年ごとに、要介護度IIIの場合には少なくとも四半期ごとに、専門職による介護を投入することが義務づけられている(同法37条3項)。

この専門職の定期的な投入は、認可を受けた介護サービス機関の中から要介護者が選んだものにより行い、非専門職による介護の質をチェックするという面を持つほか、介護者の定期的な支援やより適切な介護に向けての助言の機会という意味を持つ。その内容も、単に行われている介護のチェックにとどまらず、事例に即したより適切な介護やリハビリテーションの助言、自助グループその他の適切な社会サービスのコーディネート、さらには介護教室への参加などの介護教育や、通所サービスや

短期入所の利用の助言などまで含むべきものとされる⁴⁾。

定期的な専門職の投入は、介護手当を継続して受給するための義務とされる。要介護者がこれを拒否した場合には介護手当を減額したり、繰り返し拒まれる場合には支給を停止することもできる。

支援に入った介護サービス機関は、その際に得られた介護状況の質に関する知見と改善の必要性について、要介護者の同意を得て、介護金庫に報告しなければならない。しかし、この仕組みは一般的に、介護者、要介護者と専門職との間の緊張関係をもたらす。要介護者の自己責任と自己決定の尊重の観点から、専門職は自分の専門職としての基準のみに基づいて介護の質を判断せず、要介護者の文化的、個人的な価値観や背景なども尊重すべきものとされる。この点はとりわけ障害者団体などから基本法の6条に基づく家族自治や2条1項に基づく自己決定権に対する介入として批判され、危惧されている点である。このため、報告書については介護金庫連合会が統一的な様式を定め、最小限度の必要なデータのみを記載することとされている。

専門職の定期的な投入は、当初は介護手当の中から要介護者本人が費用負担すべきものとされていた。そして、その費用負担が過大にならないように、第1次社会法典第11編改正法により、1996年7月1日からは法律上1回につき要介護度I

とIIについては30マルク、要介護度IIIについては50マルクの上限額が定められた。さらに、現在のSPD(社会民主党)と連帯90/緑の党の連立政権下で、1999年6月17日に第4次社会法典第11編改正法⁵⁾が連邦議会で可決され、8月1日からは、この費用は本人の負担ではなくなり、介護金庫および民間保険会社が負担するよう改善された。

4. コンビネーション給付 (Kombinationsleistung)

現物給付と介護手当のどちらか一方だけの選択では、往々にして個別の事情に応じた希望に柔軟に対応できない場合がある。このため、介護保険法においては要介護者や家族等の状況や必要に応じて弾力的に必要な限度で現物給付が利用できるように、現物給付と介護手当を組み合わせることも認められている。これは医療保険法時代にはなかった給付で、これにより、より柔軟に個々の家族の事情に応じた対応が可能になった。

具体的には、要介護者がその要介護度に応じて認められる限度額までサービスを利用しない場合に、比例案分した額の介護手当を受けられる。実際には次のようになる⁶⁾。

[例1] 要介護度Iの人が500マルクの現物給付を利用した場合
 $500\text{DM} \div 750\text{DM} = 67\%$ (四捨五入)
 $\rightarrow 400\text{DM} \times 33\% = 132\text{DM}$ の
 介護手当を支給

[例2] 要介護度IIの人が800マルクの現物給付を利用した場合

$800\text{DM} \div 1,800\text{DM} = 44\%$ (四捨五入)
 $\rightarrow 800\text{DM} \times 56\% = 448\text{DM}$ の
 介護手当を支給

[例3] 要介護度IIIの人が1,800マルクの現物給付を利用した場合

$1,800\text{DM} \div 2,800\text{DM} = 64\%$ (四捨五入)
 $\rightarrow 1,300\text{DM} \times 36\% = 468\text{DM}$ の
 介護手当を支給

なお、組み合わせの割合は、原則として6カ月は固定される。

III 介護手当の実施状況とその分析

1. 医療保険時代の金銭給付の実施状況

一般的な社会保険における在宅介護給付は医療保険の給付として創設され、現物給付と金銭給付はいずれも1991年1月1日から施行された。このため、介護保険法に発展的に吸収された1995年4月まで、4年間あまりの施行実績を有しており、まずはその実施状況を見ておく必要がある。

この当時は、対象者は重度の要介護者に限られており、給付額は現物給付の上限額が750マルク/月、金銭給付は400マルク/月で現物給付の53%に相当する水準であった。また、両者のコンビネーション給付は認められていなかった。このような状況下で、1991年以降の両給付の選択状況は、表4の通

表4 医療保険時代の現物給付と金銭給付の選択状況の推移

		1991年		1992年		1993年		1994年	
		実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)
件数	現物給付(a)	103,381	13%	186,023	19%	251,190	22%	347,592	27%
	金銭給付(b)	717,522	87%	787,856	81%	886,085	78%	933,227	73%
給付額 (千マルク)	現物給付(a)	289,118	15%	509,484	19%	676,889	23%	893,785	27%
	金銭給付(b)	1,699,889	85%	2,148,367	81%	2,235,275	77%	2,364,355	73%

資料出所：Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995, S.304

りである。この表から明らかなように、当初は件数、給付額とも9割近くが金銭給付を選択していたものが、わずか4年の間に件数、給付額ともに現物給付が増加して金銭給付の割合が減少している。そして、1994年時点ではほぼ7：3程度の割合に迫っていることが分かる。

2. 介護保険における介護手当の実施状況

上記のように短期間に急速に現物給付への移行が進んでいたのに加え、介護保険法においては現物給付と介護手当のいずれについても大幅な給付水準の引き上げを行ったが、とりわけ現物給付の上限額の引き上げ幅が大きかったため、さらに現物給付への移行が進むものと予測された。しかし、実際には、1995年に在宅介護給付が始まってみると、受給者数で実に88%が介護手当を選択し、現物給付の選択はわずかに12%に過ぎなかった。これは給付額で見ても82%が介護手当、18%が現物給付という状況だった。しかし、表5に明らかなように、徐々にではあるが毎年確実に受給者数でも給付額でも現物給付が増加してお

り、1998年時点では受給者数で8：2、給付額で7：3の比率となっている。

このように現物給付の選択が毎年漸増傾向にはあるものの、なお全体で見ると介護手当の比率が相当高い。これを直近の1998年のデータで受給権者の要介護度別に見たのが表6である。これによれば、全体では現物給付を選択した人は17%ほどであるが、その割合は要介護度が重度になるにつれて高くなっており、困難事例においては実に84%もの割合に上っている。これは一面では重度になるほど現物給付の方が有利になるということもあるが、Iの実態のところで見たとように、重度の介護になるほど介護者の負担が大きくなり、家族等の力だけでは介護を継続することが困難になっていることを反映していると考えられる。別の面からいうと、要介護者や家族の置かれた状況は、必要な介護の程度や家族の人数、介護力、介護への気持ちなどさまざまであり、その必要に応じて現実的、合理的に現物給付と介護手当をうまく組み合わせて利用しているということである。このことはコンビネーション給付の伸びが大きいことからもうかがえる。

表5 介護手当と現物給付の受給者数および給付額の比率の年次推移

(単位：%)

	1995年	1996年	1997年	1998年
受給者数	88：12	86：14	84：16	83：17
給付額	82：18	74：26	71：29	68：32

注：受給者数については、コンビネーション給付は現物給付と介護手当に半分ずつ割り振ってある。

資料出所：Bundesregierung, 1999, S.34

表6 要介護度別の介護手当と現物給付の受給者数の比率(1998年)

(単位：%)

	要介護度I	要介護度II	要介護度III	困難事例	全体
介護手当：現物給付	84：16	82：18	78：22	16：84	83：17

注：コンビネーション給付の受給者数は現物給付と介護手当に半分ずつ割り振ってある。

資料出所：Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, S.417

IV 日本での金銭給付に対する反対論の論拠とドイツの経験から見たその当否

わが国で家族等が介護を行った場合の金銭給付の導入に対しては賛否両論あるが、反対論の主な論拠について、ドイツにおける議論や介護保険の施行状況からその検証を試みる。

1. 女性を家庭に縛りつける？

既述のようにドイツの介護保険の政策目的の中心にあるのが、ほとんどの要介護者は、住み慣れた家で、できる限り、家族とともに生活を続けられることを望んでおり、それを支援し、無償で献身的に介護に当たっている家族、知人等に対して経済的な認知を通じて、その介護をしようという気持ちと力を奨励するという点にある。ドイツにおいても在宅介護の9割近くが女性によって担われており、家族介護の支援が在宅での介護活動の促進を目的としていることは明らかである。

しかし、これを「縛りつける」として主観的で一方的な決めつけによって否定的な評価に結びつけるのはやはりあまりに独善的過ぎよう。ドイツでは、政策の評価の中に「女性政策上の効果」という項目があり、介護保険法の法律案の中にも盛り込まれている。そこでは、家族による在宅介護はその多くが女性によって無償で担われており、今回の社会保険における保護の拡大、改善はこれらの女性達に利益をもたらすと評価している⁷⁾。実際にも、この新しい仕組みは多くの国民の間で好意的に受け入れられ、制度全体に対する国民の支持に大きく貢献している。

多くの高齢者が親しい家族によって世話を受けたと願い、多くの家族もできる限り介護したいという気持ちを持っている以上、これを選択した場合に金銭給付で公平に報いるというドイツの制度は極めて自然であり、公平であろう。すでに見たように、家族介護にもさまざまな態様があり、その

必要に応じて本人や家族が柔軟に外部サービスと家族介護を選択しているのである。強制的に保険料を徴収されながら家族介護を選択すると給付が受けられないという日本の制度は、実際に介護を担っている多くの国民の生活感情と公平感に反するものがあり、自己決定や選択という制度の根本理念とも矛盾するものであろう。この根本的な欠陥は、介護保険制度全体に対する国民の不信にもつながりかねないのではなかろうか。

2. 介護の質の確保が困難？

家族介護に対する金銭給付を導入する場合にはこの点は大切な視点である。II 3(3)で詳しくドイツのこの問題に対する対策について述べたが、このような仕組みによってわが国においても介護放棄や介護技術の未熟ゆえの介護の質の問題にも十分対応できるものと考えられる。ただし、そこでもドイツにおける議論にふれたように、この問題は本質的には当事者(家族)自治や自己決定と介入の限界、調整という本質的な問題もはらんでいる。介護の専門性を高めていくことは今後とも必要だが、同時に、生活というものには人それぞれの固有の人生の蓄積や文化があり、専門職のパラダイムとは異なる場合があり、一概にどちらが優れているかという問題ではないことにも留意が必要であろう。

3. 金銭給付を認めると不足している介護サービス基盤の整備が進まない？

できる限り家族で介護をしたいと思っている人々にとっても、家族だけで介護を担うのは今日では困難な場合が増えており、必要に応じて外部のサービスも利用したいという人も少なくない。その場合に金銭給付を認めると職業的な介護サービス基盤が整わないとの危惧も否定論の大きな論拠となっている。

ドイツではどうであったか。IIIで見たように、在宅介護給付の約7割が金銭給付に支出されてい

るが、在宅介護サービスを提供するソーシャル・ステーションは介護保険が導入される前後で、1992年当時の約4,000カ所から1997年には約11,700カ所と、わずか5年間で3倍近くに増加している。そして当時のソーシャル・ステーションの運営主体の中心は民間福祉団体であったが、その後の介護保険の施行の中では民間企業の運営するものが急増してきており、一部の地域ではすでに供給過剰といわれている⁸⁾。

このように、いかに金銭給付を選択肢として用意しても、本人や家族の状況によって現物給付を選択する人も相当数いると考えられ、その金額だけでも巨大な市場を形成しうること、むしろ市場の規模の問題以上に基盤整備にとって必要なのは民間企業が公立や社会福祉法人立と同等の条件で自由に市場に参入できる環境の整備にあると考えられること、そして、金銭給付はそれによって本人や家族がさらに自由にサービスの購入に使うことができること等を考えると、介護サービス基盤の整備が妨げられるという論拠も当を得ていないと考えられる。むしろ、金銭給付によって、本人や家族が気に入ったサービスで、法人格や物的人的な基準は満たさないが、手作りで生活のぬくもりのある、多様なサービスを地域で発展させていく好機にもなるものと考えられる。

4. ばらまき福祉で財政負担を増やす？

家族介護に対する金銭給付をバラマキだという評価の前提は、家族は当然に無償で介護に従事すべきで、これに社会的経済的な認知、評価は無駄で必要ないという価値観であろう。そういう価値観もありうるであろうが、介護は育児と並んでその多くを家族が無償で担っているものであるが、それは単に個人的な出来事ではなく、社会的にも大切な営みである。これを社会的経済的に評価し、応援すべきだという人も多い。人のさまざまな家族のあり方や生き方に対して、その選択を尊重し、

支援するという観点に立てば、ドイツの政策の方がはるかに公平で合理的であり、日本においても多くの国民の共感を得られるのではないだろうか。

財政負担への影響は明らかである。目先の給付額は現物給付に限った方が少なくて済む。しかし、これによって無償で介護に当たっている家族の気持ちを萎えさせ、スポイルすれば、放つにおいても家族の介護に当たるより外にでて賃金労働をするほうが経済的には有利な環境があるのであるから、外部サービスの利用に急速に傾くことは目に見えている。このことはごく近い将来において、介護にかかる費用の激増を招き、結局は、はるかに高い費用を保険料であれ税であれ国民に負担させることになる。ドイツの介護保険が発足して5年間、黒字基調で堅実な財政運営ができたのも、当初の予測を上回って介護手当の選択が多かったからであり、今後は現物給付の選択の増加によって財政は徐々に厳しくなることが予測されている。国民の財政負担は増えながら、それが家族に世話をしてもらいたいという高齢者等の気持ちやできる限り介護したいという家族の思いにも反するものであるとすれば、いったい国民はそのような政策を支持すると考えられるであろうか？

V 介護手当に対する総括的評価

ドイツの介護保険は、施行当初の半年間こそ、駆け込み申請が原因の要介護認定の滞留や、各州ごとにばらつく要介護認定結果などに批判が集中したが、その後は必要な改善も図られて順調な推移を見ている。受給者数や財政見通しもほぼ事前の予測通りで、介護問題の中心は今やサービスの量の問題から質の確保の問題に移ってきている。

家族等が在宅で介護を行った場合に介護手当を支給する仕組みは、先行する医療保険法当時から、当然のこととして位置づけられ、全くといっていいほどこれに対するわが国におけるような反対

論はなかった。むしろ、無償で介護を担っている女性に対して年金の保障⁹⁾や労災保険の適用などの条件の改善と相まって、女性の立場の改善に資するものとして広く好意的に受け入れられた。

結果的にはスタート時点では事前の予想以上に介護手当を選択する人が多かったが、その後はコンビネーション給付も含めて現物給付の利用が次第に増加しており、要介護者や家族等がその必要に応じて柔軟にサービスを選択し、自然な選択の中で国民の求める方向に徐々に動いている。

また、法律上賃金等の1.7%と定められた保険料負担も動かすことなく若干の黒字基調の下に財政運営も順調に推移してきている。

介護保険制度自体の国民の間での受け止め方についても、1996年にハンブルク大学が行った大規模な調査結果においても、80%が介護をめぐる状況について順調だと答え、64%の人が家族や知人が介護を引き受けるのは自然であり、67%の人が介護保険は介護に当たっている家族等の献身に報いることができたと答え、国民の間で広くこの新しい制度が受け入れられ支持されていることを示している¹⁰⁾。

翻ってわが国の介護保険は施行に移されたばかりだが、この間の施行準備の期間の動きを見るだけでもいかに大きな制度とはいえ批判や混乱が噴出している。その中には仕方ないものもあるが、このような混乱と国民の間の困惑の大きな原因の一つにこの家族介護をめぐる基本的な政策の軸が定まっていないことにあるように思われる。家族介護に対する基本的な思慮を欠いた現在の制度に対しては、黙々と介護を担っている国民の多くは納得できないものを感じており、それがこの制度全体に対する不満や不信となって折に触れて噴き出すのではなからうか。政治家である担当大臣と政党が議論を尽くしてそのリーダーシップの下に確固たる思想と政策目標を掲げて制度を構築したドイツの介護保険の経験から、わが国も近い時期の

法律改正においてその核心部分をこそしっかりと学びたいものである。

注

- 1) 正式には「在宅の要支援および要介護者—研究プロジェクト<自立した生計運営の可能性と限界>全国調査報告書」という名称で、連邦家庭・高齢者省の委託により Infratest Sozialforschung および Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung の両研究所が中心となって1991年から1992年にかけて実施した全国調査である。その代表である Schneckloth, Ulrich/Potthoff, Peter の著者名で参照される場合もあるが、ここでは連邦家庭・高齢者省の委託調査と呼んでおく。
- 2) 介護保険法案の与党(CDU/CSUとFDP)法案における提案理由説明(BT-Drucksache 12/5262, S.112), Thomas Klie/Utz Kraemer, S.319ほか。
- 3) Thomas Klie/Utz Kraemer, S.322-323
- 4) ebenda. S.324
- 5) この改正は、介護保険財政の黒字を背景に、専門家の間で意見が一致していた要改善事項を中心に行ったものである。大規模な改正ではないが、在宅介護分野についてきめ細かな改善を図ったものとして注目される。その内容は、本文で述べた専門職の定期的な投入費用を本人負担から介護金庫等の負担に切り替えたほか、次のようなもので、全体で費用の増加額は年間で公的介護保険で約2.6億マルク、民間介護保険で1,500万マルクと見込まれている(政府法律案, BT-Drucksache 14/580)。
 - ・民法上の扶養義務の認定に当たって介護手当を原則として収入認定から除外する。
 - ・死亡月について日割り計算されていた介護手当を月末分まで支給する。
 - ・代替介護が2親等までの血族もしくは姻族または同居している者によって行われている場合には、非職業的に行われているものとの推定規定を設ける。
 - ・通所介護の上限額を、要介護度IIおよびIIIについても在宅介護の上限額に合わせ、それぞれ月額1,500マルクと2,100マルクを1,800マルクと2,800マルクに引き上げる。
 - ・短期入所の支給要件として危機的状況下での利用について設けられていた1年以上の在宅介護の実績という要件を削除する。
- 6) Jung, S.116の例による。
- 7) 介護保険法案の与党(CDU/CSUとFDP)法案における提案理由説明, BT-Drucksache 12/5262, S.179。
- 8) Bundesregierung (1997), S.37。
- 9) この問題に関しては拙稿「年金と介護保険の制度間

連携—ドイツの政策とその評価—」(1999)で詳しく論じたのでそちらを参考にされたい。

10) Bundesregierung (1997), S.20.

参考文献

- Bundesministerium für Familie und Senioren. 1993. *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Gesundheit. 1995. *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995*. Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit. 1999. *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999*. Nomos.
- Bundesregierung. 1997. *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. BT-Drucksache 13/9528.
- Bundesregierung. 1999. *Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland*. BT-Drucksache 14/1717.
- Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.* 1993. BT-Drucksache 12/5262.
- Jung, Karl. 1995. *Die neue Pflegeversicherung-Sozialgesetzbuch XI-*. Stollfuss.
- Klie, Thomas/Krahmer, Utz. 1998. *Soziale Pflegeversicherung Lehr- und Praxiskommentar*. Nomos.
- 田中耕太郎 1999 「年金と介護保険との制度間連携—ドイツの政策とその評価—」『季刊年金と雇用』第18巻第4号 pp. 39-46
(たなか・こうたろう 山口県立大学教授)