

# ドイツ介護保険の四半世紀の軌跡と直面する課題への挑戦

25 Years of Development of the LTCI in Germany

— Analysis of the Reform Measures and the continuing Challenges —

田 中 耕太郎

(前放送大学 客員教授)

## Abstract

In Germany, the Long-Term-Care-Insurance(LTCI) was established in 1994, which influenced the introduction of the Japanese LTCI in 1997. In contrast to the LTCI in Japan, the LTCI in Germany developed in a financially stable manner in its early stages up to 2015, due to its characteristics as a partial insurance that can be covered by social assistance in case of emergency.

During these years, however, the increasing needs and the expenditure triggered by the super-aging population led to serious problems, such as the lack of long-term care personnel, increased out-of-pocket costs for residents of institutions, which lead to the increasing dependence on the social assistance.

Confronted with these serious challenges, the German Government began to tackle with the fundamental reforms since 2015. Since then, several legislative and financial measures have been taken repeatedly. This reform process is still on the way to find a narrow path between further growing needs for the LTCI on the one side, and the limited financial capacities on the other.

## はじめに

ドイツで介護保険法が1995年から施行されて四半世紀が経過した。この世界初の単独の介護保険法は、1994年5月26日の法律により、医療、労災、年金、失業に続く第5の社会保険の柱として、社会法典第XI編に規定され、95年1月から保険料徴収、同年4月から在宅給付、翌96年7月から施設給付が開始され、97年の日本の介護保険法創設にも大きな影響を及ぼした。

両国の介護保険制度は、社会保険としての共通の基本的な枠組みを有する一方で、それぞれの国の既存の医療保険や社会福祉の仕組みの違いや、国民の意識や価値観、政治や財政状況の相違などを反映して、重要な点での相違も存在し、その後の展開においてもそれぞれ独自の道筋を辿っている。と同時に、進行する少子高齢化の下で要介護者の急増、介護人材の確保難と養成の強化、介護サービスの質の確保、増大する給付費に対応した保険料などの財政負担増など、基本的な点について、多くの共通の課題を抱え、様々な改革を進めてきている。

こうした状況を踏まえ、本稿では、日本の介護を巡る問題意識を念頭に置き、ドイツ介護保険のこの四半世紀の歩みと改革への取組み状況、そして直面する構造的な課題への挑戦について考察する。

## 1. 制度創設から現在までの主な法律改正

### (1) 1994年の介護保険法の制定

ドイツの介護保険法は、安定的な運営財源を確保するため、まず1995年1月から保険料徴収を開始し、続いて、オランダでの経験に照らして意図せざる施設収容への傾斜を防ぐため、まず在宅給付が同年4月から、そしてこれに遅れて96年7月から施設給付が実施された。

それまでは、介護が必要になった場合には、在宅あるいは施設入所を選択し、入所施設を利用する場合は、本人が選んだ施設との契約によりサービスを受け、その費用も本人が全額を負担していた。そうすると、施設入所は相当の費用がかかるため、本人の年金とあとは貯金を取り崩して支払うが、公的年金が整備されたドイツの平均的な年金額を受給者でも、多くの場合、遠からず費用を支払いきれなくなる。その場合には、日本の生活保護に当たる社会扶助 (Sozialhilfe) から介護扶助 (Hilfe zur Pflege) を受給するため、介護保険導入前は、施設入居者の8割以上が介護扶助受給者となっていた。

本来、社会扶助は一時的、例外的な最後の受け皿であるにもかかわらず、生涯を勤勉に働いて社会に貢献した人たちが、人生の最後の段階で要介護になった途端に社会扶助に頼るしかなくなってしまふ。ドイツでも社会扶助は一定のスティグマを伴い、受給の前提として2親等内の直系血族間の扶養義務も優先する。こうした事態は少子高齢化に伴い年々深刻化し、社会国家として容認できなくなってきた。加えて、ドイツの社会扶助は、日本では生活保護の費用の75%を国が負担するのと対照的に、連邦の費用負担はまったくなく、自治体と州の負担となる。このため、要介護者の増加に伴い、自治体の財政負担が急増し、その対策が強く要請されていた。こうした背景の下で、たとえ要介護状態になっても、大多数の人は自分の年金などで費用を負担でき介護扶助に依存しなくてすむように、普遍的な社会保険により給付を行う仕組みが採用された。

このような制度創設の趣旨から、ドイツの介護保険は、日本とは異なり、介護費用すべてを保険で給付するのではなく、平均的な年金受給者であれば、介護保険からの給付と合わせて費用を負担できる程度の水準をカバーするという、部分保険の仕組みである。したがって、一般的な年金を受給できない人など、一定程度は介護扶助が残ることを前提としているほか、施設入所の場合の居住費と食費は介護保険の給付対象外で、本人が全額負担する。こうした仕組みは、以下で詳述する制度の展開過程が示すように、受給者が増加し施設費用も上昇した場合にも、ある程度の期間は介護保険の給付額と保険料を据え置くことができ、その結果、利用者負担が増加して支払えなくなる人については、不足する部分を介護扶助が引き受ける。そういう意味で、財政運営に柔軟性がある反面、そうした事態を長く放置すれば、介護扶助受給者が増加し、制度創設の正統性そのものが揺らぐという難しさを抱えている。以下で見る制度展開の背景には、こうした両制度の補完関係という基本構造があることを念頭に置く必要がある。

### (2) 2001年の介護給付補完法 (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.Dez.2001)

法律が定めている給付内容では、認知症患者とその家族介護者に対する支援が不十分であることは

この時期にはすでに多くの指摘がなされ必要性も認識されていたが、他方で、2000年代初めのこの時期は、経済の低迷により社会保険財政は厳しさを増し、医療や年金でも厳しい改革が断行されていた時期であった。このため、この法律では、認知症患者など、とりわけ一般的な世話のニーズを抱えた被保険者に対し、460ユーロ/年とわずかな額ではあるが、追加給付を導入し、介護者の負担を軽減するため、デイ/ナイトケアやショートステイなどの法定給付のほか、ボランティアを中心とした市民参加型の敷居の低いサービスの費用に充てることができることとされ、2002年1月から施行された。

また、地域におけるこうした敷居の低いサービスの供給体制やネットワーク構築の促進のための助成やモデル事業などへの支援措置が講じられた。

なお、2001年4月3日の連邦憲法裁判所の違憲判決を受けて、子のいる被保険者の賦課方式下における世代的貢献を評価し、子のいない被保険者との公平を図るため、2005年1月からは、子のいない23歳以上の被保険者の本人負担分の保険料には0.25%の料率が加算されることとなった。

### **(3) 2008年の介護発展法 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.Mai 2008)**

介護保険法が1995年に施行されて以降、実に2007年までの13年間、基本的な給付額も保険料率も据え置かれてきた。これを可能にしたのは最初に述べたような介護保険の部分保険としての位置づけだが、この間にも要介護者数も介護費用も上昇し、介護扶助に依存する被保険者も増加して、給付の引き上げの必要性は明らかとなっていた。

このため、この法律により、制度創設後初めて各給付、とりわけ在宅給付を中心に2008年7月以降、2012年までに3回に分けて段階的な引き上げが行われた。

また、2002年から導入された、認知症や知的障害、精神疾患を有する被保険者など、一般的な世話や見守りが必要な受給者に対する追加給付が、460ユーロ/年から100ユーロ/月（基礎額）ないし200ユーロ/月に大幅に引き上げられた。さらにこの給付は、要介護に該当しない、いわゆる要介護段階（Pflegestufe）0の人に対しても給付されるよう拡大された。また、こうした一般的な世話や見守りを支えるための地域の敷居の低いサービス供給を推進するための助成金も増額された。

さらにこの改正では、包括的な個別の介護相談（ケースマネジメント）を受ける請求権が創設されたほか、介護相談に乗るための介護拠点（Pflegeunterstützungspunkt）を各地域に設置することとされた。

また、同じ法律改正により介護休業法（Pflegezeitgesetz）が制定され、被用者に対する労働法上の請求権として、6か月間の介護休業と、急に家族が要介護になった場合の介護や介護体制の構築のために10日間の休業が導入された。

こうした費用をまかなうため、2008年7月から、制度創設以来、初めて、保険料率が1.7%から1.95%へと0.25%ほど引き上げられた。

### **(4) 2012年の介護新指向法 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.Oktober 2012)**

2009年の連邦議会総選挙の結果、05年から09年まで続いたCDU/CSU（キリスト教民主/社会同

盟)とSPD(社会民主党)との2大政党による大連立政権は終了し、2009年からはCDU/CSUとFDP(自由民主党)との保守連立政権が発足し、介護保険を担当する連邦保健大臣には、レスラー氏、続いてバール氏といずれもFDPの大臣が任命された。FDPは市場経済重視、小さい政府指向の少数政党で、かねてから社会保障への財政支出の増加には批判的で、民間保険の活用、社会保険の積立て方式への転換などを主張していたため、その政策が注目された。

一方で、この時期には、上述のように、すでに2000年代から問題となっていた、日常生活能力に著しい制約のある認知症患者などへの支援が不十分で、早急な対応が必要だという認識がさらに広がっていた。こうした中で、「バール大臣による介護政策(Pflege-Bahr)」と呼ばれるほどに介護政策が大きな関心を集めた。

本法律は、こうした状況下で制定されたもので、具体的には次のような内容を有する。

日常生活能力が著しく制約された認知症患者等であって要介護段階1に該当しない被保険者(いわゆる要介護段階0)に対して、初めて2013年1月から、介護手当120ユーロ/月もしくは在宅現物給付225ユーロ/月またはそのコンビネーション給付が支給されることとなった。また、これらの認知症患者等に対して、要介護段階1または2の被保険者に対する介護手当と在宅現物給付が要介護段階1の場合は235ないし450ユーロ/月から305ないし655ユーロ/月へ、要介護段階2の場合は440ないし1,100ユーロ/月から525ないし1,250ユーロ/月へと、それぞれ大幅に引き上げられた。こうした給付改善は年間10億ユーロ程度の規模で、これに対応して2013年1月から保険料率が1.95%から2.05%へと0.1%ほど引き上げられた。

このほか、リハビリへの結びつけの強化、入所施設における家庭医・専門医・歯科医による診療との連携の強化なども盛り込まれた。

このように特に認知症患者に対する給付の拡充が図られた点は評価されるが、一方で、民間介護保険による追加保険に対する保険料への税制優遇など、FDPのかねてからの立ち位置を反映した内容を盛り込み、全体として小規模の改正に終わっている。この時期に関係者がもっとも要請していた要介護概念の転換と、これによる認知症や知的障害、精神疾患など日常生活に困難を抱える人たちに対する世話や見守り支援の抜本的な強化については、踏み込むことができず、次の立法会期での取り組みに先送りされた。

#### (5) 2015年から17年にかけての3次の介護強化法(Pflegestärkungsgesetz)

2013年9月の連邦議会総選挙では、FDPが戦後初めて、総得票の5%の壁を越えることができず、連邦議会の議席を失い、再び、メルケル首相の下で、CDU/CSUとSPDの2大政党による大連立政権が樹立された。そしてCDUのグローエ連邦保健大臣の下で、介護保険発足以来20年を経て、ようやく3次に及ぶ介護強化法により、抜本的な改革が行われた。

この3つの介護強化法は、全体として相互に関連し、それぞれ重要な内容をもつが、とりわけ2015年の第2次介護強化法は、かねてよりの最重要課題であった要介護概念の転換と、これに対応する要介護認定基準の抜本的な見直しを行っており、一連の改革の核心を成すものである。

## 1) 第1次介護強化法 (Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17.Dezember 2014 – PSGI)

この第一弾の改正により、在宅給付、施設給付を通じて、過去3年間の物価上昇率に対応して4%の給付額引上げが行われた。すなわち、要介護段階に応じて、介護手当は235、440、700ユーロ/月がそれぞれ244、458、728ユーロ/月へ、在宅現物給付は450、1,100、1,550（困難事例は1,918）ユーロ/月がそれぞれ468、1,144、1,612（困難事例は1,995）ユーロ/月へと引き上げられた。また、施設介護も、1,023、1,279、1,550（困難事例は1,918）ユーロ/月からそれぞれ1,064、1,330、1,612（困難事例は1,995）ユーロ/月へと引き上げられた。さらに、入所施設については、認知症患者等に対象が限定されていた追加的な世話（読書、絵描き、散歩、文化的催しなど）を担当する職員を全入所者に広げ、それまでの2.5万人分を4.5万人に上乘せする費用が追加的な介護報酬として支払われることとなった。加えて、10日間の介護休業期間に対して、2015年1月から介護支援金（Pflegeunterstützungsgeld）として、それまでの手取り収入の90%（過去12か月以内に一時金を受けていた場合には100%）が介護保険から支給されることとなった。

このほか、戦後のベビーブーム世代が本格的な要介護時期に入る2035年に向けて、介護給付の増加に伴う保険料率の上昇を緩和するため、介護準備基金（Pflegevorsorgefond）が設立され、2015年から毎年の保険料率の0.1%分（約12億ユーロ）が積み立てられることとなった。こうした大幅な給付改善に伴う財源として、保険料率が2015年1月から0.3%引き上げられ、2.35%とされた。

## 2) 第2次介護強化法 (Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21.Dezember 2015 – PSGII)

創設20年にして介護保険に新たな基礎を据えた、もっとも重要な制度改正で、主要な規定は1年間の移行期間を経て2017年1月から施行された。

中心となるのは、要介護概念のパラダイム転換と、それに対応した全く新たな要介護認定基準の持続性と5段階の要介護度（Pflegegrad）の設定である。それまでの要介護概念は、「疾病または障害のために、毎日の生活の中で、普通に定期的に繰り返される行為が少なくとも6か月以上の長期にわたり、著しい程度に妨げられ、援助が必要とされる状態」と定義されていた。疾病または障害は、身体的、知的または精神疾患によるものとして、認知症なども対象とされてはいたものの、具体的な日常繰り返される営みとしては、洗顔、シャワー、入浴、歯磨き、排便排尿などと、食事などの栄養摂取、起居や衣服の着脱、移動などの3領域に加え、買物、調理などの家事領域が加味される基準で、身体的な行動制限が中心となっており、これらの行為に必要な支援の頻度と時間数に応じて、要介護段階1から3までの区分に応じて認定され、対応する給付が行われていた。

しかし、これでは、認知症や知的障害、精神疾患などにより日常生活能力の制約（eingeschränkte Alltagskompetenz）を受けている人に対する世話（Betreuung）や見守り・監督（Aufsicht）などの支援ニーズが十分に反映されないとの批判がかねてから行われていた。連邦政府もこの問題点については早くから認識し、2005年には要介護概念の見直しに向けた検討を開始していた。しかし、この制度の根幹にも関わる改革は、大幅な給付対象者の拡大と給付総額の増加、したがって相当な規模の財政負担を伴うため、容易に制度化に踏み切ることができず、すでに見たように、認知症などの被保険

者に対する補完的な給付での対応を重ねてきた。

今回の改正では、こうした補強を超えて、根幹にある要介護概念と認定基準自体を最新の介護関連科学の知見に基づき見直し、その制度化に踏み切った。このパラダイム転換は、現在でもドイツの古い要介護状態に関する規定とほぼ同じ規定を設けている日本の介護保険法への示唆も多く、重要な内容であるため、**3**で改めて詳細な分析を行う。

なお、この大規模な改正に伴い、約294万人いた旧・要介護段階0～3に該当する受給権者は、法律の規定に基づき、再申請を要せず、自動的に1段階（認知症など日常生活能力の制限がある人は2段階）上の要介護度に移行する経過措置<sup>1</sup>が講じられた（140条）。また、この移行措置にかかわらず、既存の受給権者は再度新たな基準に基づく要介護認定を申請することも可能で、その結果、従来よりも給付額が減額になる場合でも、要介護不該当と認定されない限り、既得権保護として、従来の給付額が保証されている（141条）。

これ以外にも、在宅介護給付の改善を図ったほか、施設入所者に対しては、従来の要介護段階が重くなるほど増える各施設の利用者負担を改め、各施設ごとに、要介護度に関係なく統一的な利用者負担を定めることとされた。さらに、入所施設における追加的な世話サービスに対する給付も導入されたほか、家族介護者に対する年金保険料の拠出や失業保険、労災保険の保護も改善が図られた。

こうした給付費の増加に対応して、保険料率が2017年1月から0.2%ほど引き上げられた。

### **3) 第3次介護強化法 (Drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23.Dezember 2016 – PSGIII)**

この法律は、前2次の介護強化法と較べると、残った課題を整理する性格が強い。

第1は、従来から課題とされてきた、介護保険における自治体（市および郡）の役割の強化である。自治体は、社会扶助の運営主体で、その高齢者扶助や介護扶助、障害者統合扶助の運用を担っているほか、地域の要介護者への相談助言、市民参加やボランティア組織の推進、助成などを担っているが、介護保険の運営主体である介護金庫との関係で必ずしも連携がうまくいっていなかった。

このため、まず各州は地域の介護サービス供給に関する協議会を設置し、介護金庫はこれに参加することが義務づけられた。また、自治体は、向こう5年間、介護支援拠点の設置に関する主導権が与えられたほか、5年間のモデルプロジェクトとして、全国で60までの自治体において、介護相談に応じるワンストップの相談機関を設置することとされた。さらに、認知症などに対応できる日常生活の支援に向けた新たな地域のサービス基盤の整備拡充に向けて、介護保険から年間2500万ユーロを支出することとされ、自治体による柔軟な活用が可能になった。

第2は、第2次介護強化法で導入された新たな要介護概念とそれに対応した要介護認定基準の全面的な見直しの内容を、介護扶助および連邦援護法による補償法においても導入した改正規定で、施行期日を合わせて2017年1月から実施された。

---

<sup>1</sup>例えば、要介護段階1は要介護度2へ、要介護段階2で認知症など日常生活能力の障害のある人は要介護度4へ自動的に移行する。

第3が介護不正に対する監査の強化で、訪問看護を単独で実施している事業所に対しても、医療保険のメディカルサービスがサービスの質のチェックや不正な報酬請求の監査を実施することができることとされた。

## (6) 2018年の保険料率調整法 (Beitragssatzanpassungsgesetz vom 17.Dezember 2018)

3次に及ぶ介護強化法による受給権者の大幅な増加と給付額の引き上げにより、給付費総額は急増し、これらの法律により措置された2度にわたる合計0.5%もの保険料率引き上げでも、必要な給付費を賄えなくなった。その結果、単年度収支で、2017年は24.2億ユーロ、18年は35.5億ユーロと大幅な赤字が続き、支払準備金も2016年末には93.4億ユーロと3.8か月分確保していたものが、2018年末には33.7億ユーロ、1.02か月分へと急減した。

こうした当初の予測を超えた財政逼迫に対応し、その後の安定的な運営資金を確保するため、2018年末に成立した保険料率調整法により、2019年1月から保険料率を一気に0.5%ほど引き上げ、3.05%とした。この措置により、2019年は単年度黒字が32.9億ユーロにまで回復した。しかし、その後も後述するように、介護保険を巡ってはなお介護人材の確保のための賃金引き上げを始めとする労働条件の改善、入所施設職員の増員など、支出の増加要因は依然として継続している。このため、2020年には単年度収支の黒字も15.4億ユーロに急減し、その財源確保をどうするか、厳しい状況は続いている。

こうした事態に対応するために、その後も立法や財政措置が講じられているが、これらの直面する政策課題と対応状況については、4と5の項目で改めて論じることとする。

## 2. 制度の主要な内容と運用の推移

### (1) 被保険者

「介護保険は医療保険に従う」という基本原則の下、公的医療保険の加入者はその加入先の疾病金庫が設立する介護金庫に加入し、官吏、保険加入義務限度額を超える収入のある被用者、自営業者など民間医療保険の加入者は加入先の民間医療保険会社が運営する民間介護保険に加入する。

その結果、被保険者総数は、公的介護保険が7,347万人（89%、2020年末現在）、民間介護保険が922万人（11%、2019年末現在）となっており、この被保険者数は制度創設以降、大きな変化はない。

### (2) 保険給付

保険給付の種別とその給付額等は、次の一覧表の通りである。

大きく分けると、在宅給付と入所施設給付に分けられ、前者はさらに金銭給付である介護手当と現物給付に分けられる。日本とは異なり、家族その他の介護サービスを自ら用意できる場合には、現物給付のほぼ半額の水準の金銭給付を選択することができ、さらに本人や家族等の状況に応じ、現物給付と金銭給付の両者を組み合わせるコンビネーション給付を選択することもできる。この場合には、例えば要介護度4の人が現物給付の訪問介護を限度額の50%の806ユーロ/月ほど利用した場合には、残る50%分の介護手当364ユーロ/月を受給することができる。

また、家族介護者等が病気や休暇などで介護ができない場合には、年間6週間まで代替介護給付を受け取ることができるが、これはショートステイの限度額と合わせて利用することもできるなど、事情に応じて柔軟な利用ができるように工夫してある。

また、在宅介護を担う家族介護者などの社会保障の充実のための費用を介護保険で負担して手厚い支援を行っているのもドイツの介護保険の特徴で、介護保険から年金保険料、失業保険料、医療保険と介護保険の保険料を給付している。

(2021年、単位：ユーロ)

給付種別		要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
訪問介護	介護手当(月)	-	316	545	728	901
	現物給付(月)	-	689	1,298	1,612	1,995
代替介護	年間6週間まで、年額、家族(介護手当の1.5倍)	-	474	817.5	1,092	1,351.50
	同上、その他の介護者	-	1,612	1,612	1,612	1,612
ショートステイ	年間8週間まで、年額	-	1,612	1,612	1,612	1,612
デイ/ナイトケア	月額	-	689	1,298	1,612	1,995
在宅の負担軽減額	介護関連支出に充当、月額	125	125	125	125	125
グループホーム追加給付	月額	214	214	214	214	214
施設入所介護	介護支出への包括月額	125	770	1,262	1,775	2,005
障害者入所施設の入所者	介護支出	施設費用の15%、限度額266ユーロ/月				
介護補助用品	消耗品支出、月額	40				
介護補助機器その他の介護補助具	介護補助具への支出	費用の100% 一定の条件下で10%の自己負担(上限25ユーロ)、貸与が優先				
住宅改修	支出額上限	各措置につき4,000ユーロ 共同で居住する場合には、4倍の16,000ユーロまで				
介護者の年金保険料の負担 <sup>注)</sup>	受給する在宅給の種類による上限月額(旧東独)	-	165.22 (156.44)	263.13 (249.14)	428.36 (405.57)	611.94 (579.39)
介護休業中の失業保険料	月額(旧東独)	-	39.48 (37.38)			
介護休業中の医療/介護保険料の補助	医療保険、月額	174.37				
	介護保険、月額	33.45				
介護支援金	10日間まで	従来の手取り収入の90%(過去1年内に一時金受給の場合は100%)				

注) 共通の要件は、非職業的介護者で、少なくとも要介護度2以上の要介護者を週10時間以上、定期的に週2日以上介護し、週30時間を超える就業に従事せず、完全老齢年金を受給せず年金支給開始年齢に到達していないこと。要介護概念の転換に伴い介護時間による格差は廃止され、受給する在宅介護の種類(介護手当、コンビネーション給付、現物給付)の段階に応じて金額は減額される。最高額は、要介護度5の人を介護して介護手当を受給している場合で、平均賃金の100%相当額に年金保険料率18.6%を乗じた額。



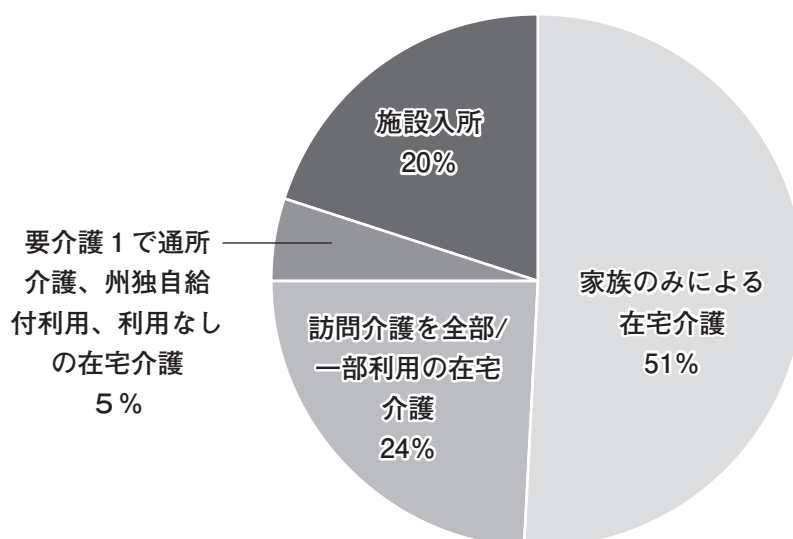
### (3) 受給者

公的介護保険と民間介護保険の別および在宅と施設入所別の受給者数は、次の通りである。

	公的介護保険（2020年末現在）	民間介護保険（2019年末現在）
在宅	3,478,535	196,930
施設入所	844,237	54,953
合計	4,322,772	251,883
総計	4,574,655	

また、公的介護保険と民間介護保険を合わせた要介護者の受給態様別の内訳は、**図1**の通りで、全体の要介護者のうち51%が在宅で介護手当を受給して家族だけで介護を行っており、24%は在宅で訪問介護の現物給付を全部または一部利用して暮らし、入所施設に入っている人が20%を占めている。

図1 要介護者の受給形態別の内訳



(出所) 第7次介護報告 (Bundesregierung (2021b))

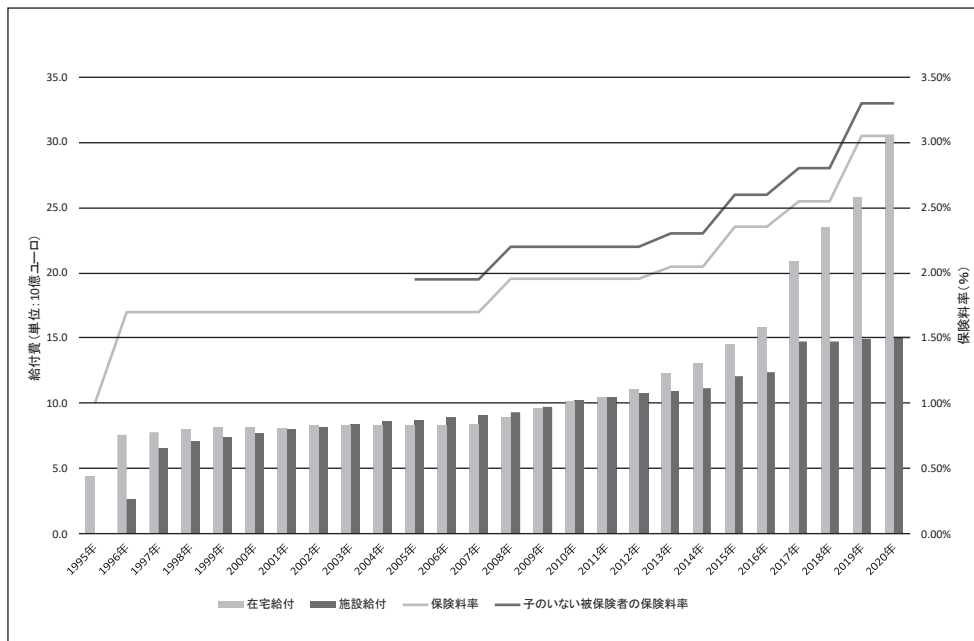
### (4) 財政状況

要介護者数の増加と重度化、介護現場の人的費の上昇に伴い、介護費用は年々増加したが、ドイツの介護保険は部分保険で介護扶助によるカバーが可能であったこと、そして1990年代後半から2000年代にかけてはドイツの経済の低迷が続くなか、社会保障をめぐる財政状況が厳しく医療保険や年金制度の厳しい改革が相次いだことから、介護保険からの給付費も保険料率も長く据え置かれていた。

しかし、これにより、とりわけ施設入所者の自己負担が増加し、介護扶助の負担も増加し、介護現場の低賃金などの労働条件の悪化とそれによる介護職の離職、確保難などの弊害が2010年代に入ると顕著になり、深刻な社会問題化した。他方で、この時期に入ると、EU統一市場の恩恵を享受してドイツ経済は好調に転じ、賃金上昇も見られ、連邦政府も東西再統一後の厳しい財政赤字をようやく脱し、2014年には単年度での黒字を計上するなど、経済財政状況が大幅に好転してきた。

こうした事態を受け、介護保険制度は2010年代半ば以降、かねてからの懸案事項に正面から取り組み、大幅な改革を相次いで実施した。これに伴い、**図2**に見るように、介護保険からの給付費も年々増加し、これに対応して、保険料率も相次いで大幅な引き上げが続いた。

**図2 介護保険給付額と保険料率の年次推移（1995-2020）**



(出所) Bundesministerium für Gesundheit (2021) より作成。

### 3. 新たな「要介護」概念への転換とこれに対応した要介護認定基準

2015年の第2次介護強化法による「要介護」概念の転換とこれに対応したまったく新たな要介護認定基準の設定の経緯については、**1 (5) 2)**で述べたので、ここではその具体的な内容について詳しく見てみる。

新たに要介護についての定義を設けた改正後の社会法典第XI編14条では、「要介護状態とは、身体的、認知的または精神的な要因、健康上の負担もしくは必要によって、自立性または能力が阻害され、他者による援助なくしては補われ、または乗り越えることができない状態をいう」としている。そして、要介護状態の重度は、次の6つの領域（モジュール）における自立性または能力の障害（Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten）の程度によって判定される。

#### (1) 各モジュールごとの評価項目に応じた点数化

以下の6つの領域それぞれについて、詳細な評価項目が示されてそのレベルに応じて点数評価され、さらにこの6つの領域ごとのウェイト付けが行われた上で、全体の総得点に応じて、不該当あるいは要介護度1から5までに認定される。具体的には、法別表1により、次のような内容の判断項目と点数が示されている。

### モジュール1：運動能力（点数配分10%）

寝返り、座位の保持、移動、住居内の歩行、階段の昇降の5項目について、それぞれ「自立」「おおむね自立」「おおむね自立せず」「まったく自立せず」の4段階に評価し、それぞれ0点から3点まで配点され、合計で0点から15点まで評価される。

### モジュール2：認知およびコミュニケーション能力（点数配分15%）

近距離からの人の認識、場所・時間の見当識、重要な出来事の記憶あるいは観察、多段階の日常活動の管理、日常的な決定、事実関係と情報の理解、危険の認識、基礎的な欲求の伝達、要求事項の理解、会話への参加の11項目について、「能力あり」「おおむね能力あり」「限られた範囲の能力」「能力なし」の4段階に評価し、それぞれ0点から3点まで配点され、合計で0点から33点まで評価される。

### モジュール3：行動および心理的問題状況（点数配分15%）

突発的で奇異な行動、夜間の不穏、自傷行為、器物損壊、他害行為、攻撃的な言動、奇異な言動、介護や支援の拒否、妄想、不安、うつ気分時の無気力、反社会的行動、その他の介護上重要な不適切な行動の13項目について、「まったくない/極めてまれ」「まれ（2週間に1から3回まで）」「頻繁（週に2回以上ただし毎日ではない）」「毎日」の4段階に評価し、それぞれ0、1、3、5点が配点され、合計で0点から65点まで評価される。

### モジュール4：日常生活動作（点数配分40%）

従来の身体的な日常生活動作の多くが属するモジュールである。前部の上半身を洗う、頭部の手入れ、陰部を洗う、洗髪を含むシャワー・入浴、上半身の衣服の着脱、下半身の衣服の着脱、食物の調理と飲み物を注ぐ、食事、飲み物を飲む、トイレの利用、失禁の始末、便器の失禁とストマの処理の12項目について、「自立」「おおむね自立」「おおむね自立せず」「自立せず」の4段階に評価し、それぞれ0点から3点（食事は0、3、6、9点、飲み物を飲むとトイレの利用の2項目は0、2、4、6点）まで配点され、それに腸管または胃瘻による栄養摂取と子どもの栄養摂取については特別な配点が用いられ、合計で0点から54点まで評価される。

### モジュール5：病気または治療への対処（点数配分20%）

基本となる項目は、服薬、注射、経管栄養、吸引・酸素吸入、塗擦等、身体状況の測定と判断、装着補助材料の7項目について処置の頻度に応じて点数換算し、さらに包帯の交換・創傷処置、ストマ装着、カテーテル利用、在宅でのセラピーの4項目については1日当たりの頻度に応じて点数換算し、医療機関の受診については3項目設けられ、糖尿病その他の疾病や治療による行動制限の4つのカテゴリーに細かく分類され、全体として0点から15点まで評価される。

### モジュール6：日常生活および社会的接触の構築（点数配分15%）

1日の経過の構築と変化への対応、休息と睡眠、没頭、将来への計画、身近な人との相互交流、身近でない人との接触交流の6項目について、「自立」「おおむね自立」「おおむね自立せず」「自立せず」の4段階に評価し、それぞれ0点から3点まで配点され、合計で0点から18点まで評価される。

## (2) 6つのモジュールごとにウェイト付けした上での総合点数評価

こうして6つの各モジュールについて、それぞれの項目の点数評価が終わると、次に、法別表2により、これらにウェイト付けをした上で、総合的な要介護の評価が行われる。

各モジュールに配分された点数の総合点数への換算は、表1の通りである。旧・要介護認定基準の中心を占めていた、日常生活動作の制約は、ほぼモジュール4が引き継ぎ、全体の配分でも40%と大きな比率を占めているが、それでも、モジュール2、3などは対等な評価項目として認知機能や心理的側面を反映し、さらにモジュール5では傷病の治療などのために必要な能力の制約、モジュール6は日常生活や社会的交流の制約などの側面も適切に反映する評価体系となっている。

なお、表中にも示されているが、モジュール2と3の評価項目は、同じような自立や能力の制約を反映する項目が多いため、いずれかの点数の高い方だけが総合評価に反映される。

表1 各モジュールの合計点数およびウェイト付けした点数

	モジュール	ウェイト	0 なし	1 わずか	2 著しい	3 重度	4 最重度	
1	運動能力	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	1の合計点数
			0	2.5	5	7.5	10	ウェイト後の点数
2	認知およびコミュニケーション能力	15%	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	2の合計点数
3	行動および心理的問題状況		0	1-2	3-4	5-6	7-65	3の合計点数
	2と3のいずれか高い方		0	3.75	7.5	11.25	15	2または3のウェイト後の点数
4	日常生活動作	40%	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	4の合計点数
			0	10	20	30	40	ウェイト後の点数
5	病気または治療への対処	20%	0	1	2-3	4-5	6-15	5の合計点数
			0	5	10	15	20	ウェイト後の点数
6	日常生活および社会的接触	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	6の合計点数
			0	3.75	7.5	11.25	15	ウェイト後の点数

## (3) 総合点数評価に基づく5段階の要介護度への認定

こうして要介護認定を申請した被保険者についての総合評価点数が決まると、それに基づいて、次のような自立または能力の障害の程度に応じ、5段階の要介護度が認定される。

要介護度1：総合点数12.5以上27未満：自立または能力のわずかな（gering）障害

要介護度2：総合点数27以上47.5未満：自立または能力の著しい（erheblich）障害

要介護度3：総合点数47.5以上70未満：自立または能力の重度の（schwer）障害

要介護度4：総合点数70以上90未満：自立または能力の最重度の（schwerst）障害

要介護度5：総合点数90以上100以下：介護に当たって特別な配慮の必要な自立または能力の最重度の障害（schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung）

#### **(4) 新たな要介護概念と認定基準に基づく要介護者の状況**

新たな要介護認定基準の導入の結果、要介護認定を受けた受給権者は、2016年末と17年末を比較すると294万人から355万人へとじつに21%も増加し、給付費も大幅に増加して保険料率引き上げをもたらしたが、長年の課題を正面から受け止めた改革として広く受け入れられている。

### **4. 直面する課題と挑戦（1）：介護人材の確保難と対策**

#### **(1) 介護人材確保の緊急性と対策**

十分な介護人員配置は、良質な介護サービスと介護職の定着のための重要な基礎である。このため、2015年の第2次介護強化法は、社会法典第XI編に113c条を新たに追加し、介護保険の当事者、すなわち介護金庫と介護サービス事業者は、連邦保健省および連邦家庭省の了解の下で、介護施設における質的および量的な基準に基づく必要な人員配置のあり方について、科学的根拠に裏付けられた開発と試行を行い、その結果を2020年6月30日までに取りまとめることを義務づけた。これに基づき、ブレーメン大学のロートガング教授率いるSOCIUM研究所に委託がなされ、このプロジェクトの最終報告が同日に取りまとめられた。

また、こうした作業と並行して、2018年7月3日、シュパーン連邦保健大臣、ギッフィー連邦家庭大臣とハイル連邦労働大臣は、介護職の労働条件および養成課程を改善し、その魅力を高めるための包括的なプロセスとして「介護協調行動（Konzertierte Aktion Pflege（KAP）」をスタートさせた。この国民運動には、連邦、州、自治体、介護職団体、介護施設団体、病院協会、介護/疾病金庫、当事者団体など、幅広い関係者が参加し、①人材養成の強化、②労働条件と人員配置の改善、③給与の改善、④介護職への権限（責任）の拡大、⑤介護におけるデジタル化の強化の5つの分野について協議を進め、2019年6月に数多くの対応策について合意がとりまとめられた。そしてそれぞれの対応策について、ロードマップが作成され、段階的に実施することとされた。

こうした介護を取り巻く環境改善に向けての大きなうねりの中で、とりわけ介護人材の確保に向けて、次の2つの法律が制定され、必要な財政措置が講じられた。

#### **(2) 2018年の看護介護職員強化法（Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.Dezember 2018 – PSG）**

病院および介護施設における看護介護職員（Pflegepersonal）の慢性的な人手不足や低賃金、厳しい労働環境による早期離職、職場の高い罹病率など、看護や介護を巡る緊急事態（Pflegenotstand）に対応するため、病院と介護施設における看護介護職員の追加配置と労働条件の改善を図り、患者や要介護者のケアの質の改善を図ることとしたものである。主要な規定は、2019年1月から施行された。

介護施設に係る改正内容としては、入所老人介護施設における看護（医療的介護）を強化するため、看護職員費用を包括的に財政支援することとし、施設の規模に応じ、次のようなフルタイム換算の基準で、看護職員費用を追加報酬として公的医療保険から支出することとされた。これにより、全体で13,000人の看護職員を増員する。

40人までの施設	0.5人
41人から80人までの施設	1人
81人から120人までの施設	1.5人
121人以上の施設	2人

これによる追加費用として、公的医療保険から毎年約6.4億ユーロが支出され、各疾病金庫が加入者から賦課金を徴収して中央連合会を經由して介護保険の調整基金に拠出する。民間医療保険は按分負担で4400万ユーロを拠出する。この費用は、看護職員を追加配置する各施設からの請求に基づき疾病金庫から支払われ、施設の定める利用料（Pflegesatz）に組み入れてはならず、したがって利用者負担を求めることも禁止される。

こうして相当程度の財政措置が講じられたが、留意すべきは、この追加支出は、各介護施設からの実績に基づく申請を疾病金庫が審査して支給されるものであり、病院も含めて看護職を巡る労働需給は逼迫しており、実際の確保は容易ではないという点である。連邦政府の第7次介護保険報告（Bundesregierung（2021b））によれば、2019年1月から9月末までの実績としては、合計で1,492人分が承認されるに止まっている。

### （3）2020年の医療サービスおよび介護改善法（Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22.Dezember 2020 – GPVG）

この法律の財政的な影響の大きさから見た中心は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、保険料収入の減少と医療給付費の増加により深刻化した医療保険財政の支援にあったが、介護保険の分野でも重要な改革が行われ、主要規定は2021年1月から施行された。

介護施設の人員配置基準の導入に向けて、社会法典第XI編113c条に基づくプロジェクトの報告書では、介護施設の異なる要介護度の入居者の数に応じて（ケースミックス）、資格レベルの違いに応じた数の介護職員を配置する（ケアミックス）としている。そして、62のプロジェクト参加施設における実証的な調査研究の結果、直近の2019年の実際の人員配置321,912人（フルタイム換算）に対して、本来必要な介護職員数は総数で116,532人、率で言うと36.2%の不足があると算定した。

このうちでも、とりわけ各州がそれぞれ設ける1年間から2年間の介護補助職（Assistenzkräfte mit Ausbildung）の養成課程を経た介護補助職の不足が著しいことが明らかになった。これを踏まえて、この法律では、不足の著しい介護補助職の定員拡充を図ることとし、社会法典第XI編85条を改正して、介護報酬加算として、次の要件を満たす追加的な介護補助職員の配置に対して、追加報酬を支払うこととされた。

- ①2012年の労働社会大臣会合および13年の保健大臣会合において最低基準として合意された「各州の管轄とされる介護補助職の養成の主要点」を満たす養成課程を修了したもの
- ②実習を伴う上記の養成を始めているもの
- ③追加報酬の合意後遅くとも3年以内に上記の養成課程を開始することを介護施設が保証したもの

この要件を満たす介護補助職については、既述のケースミックスとケアミックスの考え方にに基づき、

各施設入居者の要介護度に応じ、フルタイム換算で要介護度1または2については0.016人、要介護度3については0.025人、要介護度4は0.032人、要介護度5は0.036人の介護補助職の増員の費用を支払うこととされた。なお、小規模の施設に配慮して、1施設当たり最低0.5人分を保証する。

この入居者1人当たり要介護度に応じた係数を2019年の介護統計における同年末の施設入居者の要介護度別人数に乗じて試算すると、合計ではほぼ2万人分に該当し、政府の説明と合致する。これに要する費用は、年間7.3億ユーロ（公的介護保険が6.8億ユーロ、民間保険が7%に相当する按分負担5,000万ユーロ）に上り、この費用は全額を介護保険が負担し、入居者の負担増につながる施設利用料に組み入れたり、入居者に負担を求めてはならないこととされている。

このように、この法律による介護補助職の大幅な定員拡充は、2018年の看護介護職員強化法による有資格の看護職の増員に次ぐ人員配置の強化となっているが、それでもプロジェクト報告で算定された現在の人員配置の36%にも及ぶ不足分の約6分の1をカバーするに止まっており（Rothgang（2020））、拘束力のある施設人員配置基準の導入に向けては、なお、大きな課題が残っている。引き続き相当額の財源をどう確保するかという点も大きな難題である一方で、単純な介護人員の増加だけでは介護の質の向上にはつながらない。そのためには、協調行動でも確認されているように、人員の拡充と並んで、養成課程のあり方の改善、有資格者と補助者、無資格者との役割分担と連携、介護施設におけるデジタル化の推進など、組織のあり方の見直しと一体的に効率化を進めていく必要がある。

## 5. 直面する課題と挑戦（2）：介護費用の増加に伴う施設入居者の利用者負担の軽減と財政負担の限界のディレンマ：2021年の保健サービス供給発展法（Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11.Juli 2021 - GVWG）

この法律は、当初の政府原案では、法律の名称通り、医療サービスの質と透明化の改善に向けたきめ細かな改正の寄せ集めで、介護保険についてはまったく触れていなかったが、秋の総選挙を前に、各政党の思惑と主張を反映して、議会修正で政権与党を含め各党から修正議案が提出され、与党CDU/CSUとSPDの修正案が可決され、医療保険と介護保険について、大幅な財政負担を伴う改正となった。

このうち介護保険に関する改正内容は、次の通りである。

- ①介護を魅力的な職業とし、人材を確保するためには、賃金などの労働条件を改善する必要がある。  
このため、2022年9月1日以降は、その雇用する介護/世話職員に対して賃金協約あるいは教会系の施設については教会労働法の規定にしたがって賃金を支払うか、あるいは少なくともこれらの規定に従って支払われる水準以上の賃金を支払わない介護施設には、介護保険法に基づく給付対象となる施設の承認を行わないこととされた。
- ②在宅介護については、賃金上昇を見込んで、現物給付の給付額（ユーロ/月）を要介護度2から5まで、いずれも5%ほど引き上げた。さらに、需要が多く賃金上昇しているショートステイについては、その給付額を1,612から1,774ユーロへと10%ほど引き上げた。この結果、1,612ユーロまでの代替介護の給付額を使わずに残った場合には年間3,386ユーロまでショートステイを利用できる

こととなった。

- ③施設に入所している要介護者の過重な利用者負担を軽減し、介護扶助への依存の増加を抑止するため、入所者の介護費用（実習費用を含む）に係る自己負担分に対して、入所期間に応じて次の割合で追加給付を行うこととした（43c条「介護支出における自己負担の制限」の追加）。

入所している期間	自己負担額の減額
12か月以下	5%
12か月超24か月以下	25%
24か月超36か月以下	45%
36か月超	70%

ロートガング教授らが参画したもともとの連邦保健省の2020年11月4日の改革骨子案では、各施設ごとの統一的な介護料金に基づく利用者負担の上限を月700ユーロに制限し、徴収期間も36か月に限るとしていたが、法律では入所期間に応じた定率の負担軽減方式が採用された。現在の介護施設入居者の実態に基づく推計によれば、いずれの案でもいったんは介護扶助受給者の割合は33.1%から23.8%ないし25.9%まで低下するが、引き続き介護費用の増加に伴い、2023年時点では45.0%にまで上昇が予測されるものが骨子案によれば25.4%に押さえられるが、今回の定率の軽減案では34.8%と再び現在の水準を上回ってしまうとして、同教授らは強く批判している（Rothgang（2021））。

こうした案が採用された背景には、いうまでもなく財政負担の大きさからの制約があったことは容易に推察され、引き続きそのあり方と必要な財源確保を巡る議論が続くと考えられる。

- ④介護施設における介護/世話職員の確保に向けて、拘束力を持つ連邦統一的な介護施設の人員配置基準の開発と試行を定めた113c条が全面的に改正され、各施設に入居している要介護者の要介護度と施設職員の資格別に、無資格の補助職、各州管轄の最低1年以上の養成課程を経た介護補助職および介護専門職に分けて、**表2**のような内容の具体的な参照基準が法律上明示され、2023年7月1日から施行されることとなった。

**表2 介護入所施設の介護・世話職員配置基準**

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	モデル配置	全施設職員総数
無資格の補助職員	0.0872	0.1202	0.1449	0.1627	0.1758	10.5人	121,903人
有資格補助職員	0.0564	0.0675	0.1074	0.1413	0.1102	7.7人	89,285人
専門職員	0.0770	0.1037	0.1551	0.2463	0.3842	14.4人	168,089人
合計	-	-	-	-	-	32.6人	379,288人

（注）要介護度に応じた入所者一人当たりの各資格種別ごとの配置人数（フルタイム換算）を示す。

（出所）法律の規定に基づく第2欄から第6欄までの職員比率と2019年介護統計のデータを用いて筆者が試算した。

この基準に基づいて、2019年介護統計（Statistisches Bundesamt（2020））のデータを用いて、全施設の平均である70人定員施設について、施設入所者の全国平均の要介護度別分布に基づき試算してみると、資格別の職員モデル配置数は、表2の第7欄のような構成で、総数約33人になる。



また、同じ統計データから全国の要介護度別の施設入所者総数を用いて介護/世話職員総数を試算した結果が第8欄で、総数で379,288人が必要となる計算である。これは、2019年の実際に施設に配置されている介護/世話職員総数321,912人と比較すると57,376人の増加になり、専門家チームの推計により不足するとされた人員116,532人の49%と、ほぼ半分に相当する規模の定員増加が必要になる。

この改正内容についても、基本的な方向性はすでに広く合意されたところではあるが、4(3)でも述べたように、現在の配置状況と目指す配置基準との間にはまだ大きなギャップがあり、実現に向けては、養成施設の拡充による人材供給の増加を図りつつ、介護職員の賃金を始めとする労働環境の改善により新規入職者の増加、現職者の維持、退職者の復帰など、時間のかかる基盤整備が不可欠であり、他方でそれを支える財源を確保することが前提となる。

⑤今回の改正に伴う財源として、子のいない23歳以上の被保険者に対する追加保険料を0.25%から0.35%に0.1%ほど引き上げたほか、介護保険創設後初めて連邦補助が導入され、毎年10億ユーロが介護保険の調整基金に拠出されることとなった(61a条の追加)。

しかし、この両者による増収額は14億ユーロ程度と見込まれており、上述のように、今回の改正内容を措置するには財源が大きく不足するものと見込まれ、早ければ2022年中にも改正内容と財源措置を巡る困難な議論が再燃することは避けられないものと見込まれる。

## 6. 今後の展望

こうして、ドイツの介護保険は制度の導入から十数年間は、日本の介護保険とは対照的に、財政的には極めて安定的に推移してきたが、その間のいわば先送りしてきた課題を一気に解決するかのようになり、2015年から17年の3次に及ぶ介護強化法により本格的な改革を断行した。さらに、それでも不足する介護人材の確保とそのため賃金の引き上げや労働条件の改善、介護施設の人員配置基準の強化などの課題は残り、2018年から21年にかけても大幅な給付改善や財政措置を講じてきた。

こうした改革の根底には、基本的に超高齢化に伴う介護需要の急増、介護職員の賃金など労働条件の改善と配置基準の強化という介護の社会的費用の増大の一方で、それに伴うサービス利用者とりわけ施設入所者の自己負担の増加の抑制とこれによる介護扶助への依存の抑止という社会的要請がある。

他方で、この両者の要件を満たすには介護保険からの給付を増やす必要があるが、その財源である社会保険料については、2015年以降、大幅な引き上げを繰り返してきて、すでに医療保険(15.9%)、年金保険(18.6%)、失業保険(2.4%)と合わせた社会保険料率の合計は39.95%と、デッドラインとして社会的に広く受け入れられている40%ギリギリのところまで来ている。こうしたことから2021年改正では、介護保険四半世紀の歩みの中で初めて10億ユーロ/年の連邦補助が導入された。

しかしながら、堅実な国家財政運営を続け、1990年の東西再統一以降の東部地域再建のための巨額の財政負担と経済低迷の危機を乗り越え、2014年からは連邦予算の単年度収支で黒字基調に転じたドイツにおいても、2020年、21年と続く新型コロナウイルス感染症対策への巨額の財政支出により、国の財政も大幅な赤字を抱え余力はない。

新型コロナウイルス感染症による経済財政の深刻な状況の中で、こうした根本的なディレンマを抱えた課題

に対し、実現可能なバランスのとれた解決策を見いだすことは、どの政党にとっても極めて困難な難題である。とりわけ、2021年9月の連邦議会総選挙の結果、CDU/CSUはメルケル氏とともに政権を離れた。そして、長い連立交渉を経て、大連立政権下で副首相兼財務大臣を務めたSPDのショルツ氏を首相とし、緑の党とFDPという、基本的な政策方針を異にする3党の連立政権が発足し、その財務大臣には、財政規律と自由競争を重視し経済界寄りのFDPのリントナー党首が就任した。このような性格の新政権は、新型コロナ感染症対策と並んで、介護政策にどう決着をつけて次のステージに向かうか、難しい選択を迫られることになるものと予想される。

#### (参考資料)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales(2019):Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2019/2020:BW Bildung und Wissen Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit(2021a):Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.

Bundesministerium für Gesundheit(2021b):Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand:14.Juni 2021.

Bundesregierung(2015):Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II), BT-Drucksache 18/5926.

Bundesregierung(2021a):Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), BT-Drucksache 19/26822.

Bundesregierung(2021b):Siebter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Drucksache 19/30300.

CDU/CSU und SPD(2021):Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD zum Entwurf für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, BT-Drucksache 19/26822.

Nakielski,Hans(2015):Die große Pflegereform kommt, in: Soziale Sicherheit 10/2015, 349-353.

Rothgang,Heinz(2020):Was bringt das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege für die stationäre Langzeitpflege?, in: Soziale Sicherheit 12/2020, 443-447.

Rothgang,Heinz / Kalwitzki,Thomas(2021):Pflegeversicherungsreform 2021 - Was muss geschehen und was geht noch?, in:Gesundheits-und Sozialpolitik 2/2021, 6-15.

Statistisches Bundesamt(2020):Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse.

ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2021)『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書2020年度版』医療経済研究機構