

時事評論

日本とドイツの介護保険観の相違

岡山県立大学教授

増田 雅暢

介護保険の持続可能性問題と介護職員の確保難

わが国の介護保険は、2000年4月の実施以来15年目に入っている。2013年3月末で要介護高齢者数(要支援者を含む)は561万人、2012年度中の1か月平均サービス受給者数は458万人と、日本が参考にしたドイツの介護保険よりも規模が大きく、世界最大の介護保険となっている。しかし、現在、次の二つの課題からその持続可能性が問われている。

一つは、介護費用の増大である。介護保険スタート時である2000年度の3・6兆円から2014年度では10兆円となることが見込まれている。国や地方自治体の公費負担が増大するとともに、保険料負担も増大している。第1号被保険者(高齢者)の保険料負担は、第5期(2012～2014年度)には全国平均月額約4900円であったが、2015年度から始まる第6期には、月額約5500円程度になるであろう。夫婦2人で月額1万円を超えることとなる。医療保険である後期高齢者医療制度の保険料は月額平均1人約5600円であり、こちらも上昇傾向にある。他方で、収入の源である公的年金の給付水準は抑制の方向にある。高齢者

の負担感は重くなる一方と言わざるを得ない。

二つ目は、介護職員の確保難である。在宅・施設サービスの提供量の増大に反して、介護職員の確保が難しくなっている。高校・大学生の世代においては介護専門学校・大学への入学が減少している。「給与が低い、仕事がつらい」等のイメージが定着している。介護職員の確保を図るためには賃金等の処遇改善が必要であるが、そのためには介護報酬の引上げが必要となり、介護費用の増大につながる。一つ目の問題である介護財政問題から、介護報酬の引上げは簡単なことではない。現に、2015年度の介護報酬改定に向けて、財務省では介護報酬引下げの案を提示している。

日本の介護保険の構造的な問題とドイツの介護保険

わが国の介護保険が持続可能性問題に直面しているのは、制度的に財政肥大化の方向に動いてしまうという構造的な問題を抱

えているからである。この問題は、ドイツの介護保険制度と比較すると、よく理解できる。日本の介護保険の給付の在り方を比較すると、日本の介護保険給付は「必要十分給付型」である。すなわち、要介護度ごとに必要な介護サービス量を設定して、それを賄う保険給付額を設定している。理論的には、この保険給付額の全額を利用すれば必要な介護サービスを取得できるというもので、その1割を自己負担とする。

一方、ドイツの場合は「部分給付型」である。介護保険財政で賄える範囲で保険給付の水準を設定している。したがって、ドイツの介護保険では保険給付の中では利用者負担はないが、保険給付の範囲を超える部分はすべて自己負担となる。保険給付水準を比較すると、「必要十分給付型」の日本は高くなり、「部分給付型」のドイツは低く設定することが可能となる。たとえば在宅サービスの場合、日本の最も重い要介護度と比較す

ると、日本の要介護5では36万6500円、ドイツの要介護3では、21万7000円（1ユーロ140円で換算）となっている。

また、日本の方が保険給付の対象となる要介護者の範囲が広い。日本の要支援1から要介護1、要介護2の一部の者は、ドイツでは対象外となるであろう。さらに、ドイツでは在宅給付において、利用者の選択により外部からのサービスではなく、現金給付（介護手当）を受給することができる。現金給付の水準は外部サービスの約6割程度に設定されているので、現金給付を受ける人が多ければ介護保険の財政拡大を抑制することになる。在宅給付受給者の約6割は現金給付を受給しているもので、その効果が表れている。実際、ドイツの介護保険の保険料負担は、1995年の制度実施以来、2回の引上げしか行われていない。保険料が3年ごとに引き上げられ、制度実施時の2倍近くになっている日本とは大違いである。

日本では、介護保険制度の創設時において、「介護の社会化」が強調された。「介護の社会化」とは、それまで家族が担ってきた介護負担を軽減し、要介護者を社会全体で介護していくといった意味合いである。しかし、この概念を強調して、「介護は専門家が、家族は愛情を」というように、家族の介護労働は評価せずに、外部サービスのみで介護を支えていくという考え方が強まってしまった。その帰結として、保険給付の水準は必要十分型とし、家族の介護を評価する仕組みは導入されない制度設計となった。

これに対してドイツの場合、原則として全額自己負担となっていた費用負担の軽減を図るために介護保険が創設されたので、保険給付の水準は、保険財政の範囲内で従来の負担を緩和するレベルに設定された。

また、家族や友人による介護、いわゆるインフォーマルケアを制度上評価することを前提に制度が設計された。その具体的な

手法が、現金給付（介護手当）である。外部のサービスを利用するか、家族等の介護を利用するかは要介護者本人の選択に委ねられており、どちらを選んでも保険給付の対象とされた。

福祉ミックス

本年9月に、筑波大学で国際シンポジウム「人を支える医療と介護」が開催された。そこで講演したドイツ人のゲルハルト・イーグル教授によれば、ド

イツの介護保険はインフォーマルケアを補完するものとして設計されたということである。氏の講演では、「フォーマルケアとインフォーマルケアの福祉ミックス」という表現が用いられた。これは、ドイツの介護保障システムが、専門家によるケアと家族介護者によるケアにより構成されていることを表現したものである。家族が在宅ケアサービスの最大の担い手であり、女性の役割が大きく、また、ボランティアによるケアが強調

され始めている、という。このように氏の主張を紹介すると、家族介護を強調しすぎているように思えるが、氏が講演の最後のスライドで引用しているように、OECDの報告書（「長期介護の供給と支払」）においても、OECD諸国では家族等のケア、インフォーマルケアがケアサービスの最も大きな部分を占めているとし、そのうえで、インフォーマルケアを支援する政策を紹介している。

日本では1990年代の介護保険の設計時において、インフォーマルケアの役割や意義についてほとんど議論がなされることなく、前述した「介護の社会化」のスローガンのもとに、外部サービス依存型の保険給付を設定してしまった。そのことが現在の持続可能性問題を引き起こしているものと考えられる。介護保険財政の肥大化や介護人材不足問題を解決するためには、インフォーマルケアを正當に評価することが有力な手段の一つではないかと考える。