

介護手当と家族介護

——ドイツの動向から考える

森 周子

(成城大学准教授)

家族介護は無償労働の典型のように思われているが、ドイツでは、介護を担う家族に手当が支払われうる。正確には、介護保険制度において、要介護者は、保険給付を介護サービスなどの現物給付の形のみならず、介護手当という現金給付の形で受けることが可能であり、介護手当は多くの場合、要介護者から、介護を担う家族、親族、友人などに支払われる。日本の介護保険制度において介護手当が導入されなかった背景には、①家族介護の固定化、②家族介護だけでは介護の質を確保できない、③家族介護に頼ってサービスの拡大が十分に図られなくなる、④費用の増大につながる、といった介護手当への懸念があった。それでは、ドイツではなぜ介護手当が導入されたのか。介護手当は家族介護への「対価」とみなしうるのか。日本での議論における上記のような懸念はドイツでは存在したのか。本稿では、これらの問いについて考察した。結論として、まず、日本においてみられた懸念の多くはドイツでは現実のものとなっていないか、または、十分な対応がなされていることを指摘した。次に、介護手当のみでは家族介護の「対価」として不十分であるが、家族介護者への社会保障制度の適用、および、家族介護者への積極的な支援といった補完的な措置を組み合わせることで、家族介護者の地位向上と負担軽減につながり、一定程度までの「対価」として機能しうると述べた。

目次

- I はじめに
- II ドイツの介護保険
- III 介護手当
- IV 介護手当の位置づけ
- V まとめと結論

I はじめに

家族介護は無償労働の典型のように考えられているが、介護保険発祥の地であるドイツでは、介護を担う家族に手当が支払われうる。正確には、介護保険制度において、要介護者は、保険給付を介護サービスなどの現物給付の形のみならず、介護手当という現金給付の形で受けることが可能であり、介護手当は多くの場合、要介護者から、介護を担う家族、親族、友人などに支払われ

る。日本においても、介護保険創設時にそのような介護手当の導入の是非が議論されたが、結論として、ごく一部の例外¹⁾を除いては導入されなかった。その背景には、①現金給付を容認することによる家族介護の固定化（特に、女性が家族介護に拘束される）、②家族介護だけでは介護の質を確保できない、③家族介護に依存して介護サービスの拡大が十分に図られなくなる、④費用の増大につながる、との懸念が存在した（田中 2000：33-34；佐藤 2010：760；椋野・田中 2020：140）。

それでは、ドイツではなぜ介護手当が導入されたのか。親子といえども成人したら独立した他人同士であることから、家族介護に対価が発生することに違和感はない、という考え方に基づくのか。あるいは、別の考え方に基づくのか。そもそも、介護手当は家族介護への「対価」とみなしうるのか。日本での議論における上記のような懸念

表1 6つのモジュールの各点数の算定方法

(単位:点)

モジュール名	なし	少し	かなり	重度	最重度
モジュール1: 移動性	0	2.5	5	7.5	10
モジュール2: 認知・コミュニケーション能力	0	3.75	7.5	11.25	15
モジュール3: 行動様式と精神的問題状況	0	3.75	7.5	11.25	15
モジュール4: 自立性	0	10	20	30	40
モジュール5: 疾患または療養に応じた対応	0	5	10	15	20
モジュール6: 日常生活と社会的交流の形成	0	3.75	7.5	11.25	15

注: 1) 各モジュールの説明

- ・モジュール1: 身体の移動が可能かを表す。
 - ・モジュール2: 理解と会話が可能かを表す。
 - ・モジュール3: 周囲への迷惑行動、介護の拒否などの有無を表す。
 - ・モジュール4: 自分で身の回りのことができるかを表す。
 - ・モジュール5: 薬を飲んだり医師を探したりできるかを表す。
 - ・モジュール6: 日常生活のスケジュールを立てられたり友人を訪問したりできるかを表す。
- 2) モジュール2と3については、点数の高いほうのみが算入される。

出所: BMG (2019); 森 (2019: 329)。

は、ドイツにおいて存在したのか。本稿では、これらの問いについて考察する。

II ドイツの介護保険

1 概要

ドイツの介護保険は1994年に制定され、1995年1月に施行された。根拠法は、社会法典 (Sozialgesetzbuch: SGB) 第11編 (以下 SGB XI と略記) 「社会的介護保険 (Soziale Pflegeversicherung)」であり、保険者は、法定医療保険 (公的医療保険に相当) の保険者である疾病金庫 (Krankenkasse) (2020年時点で105カ所存在) に設けられた「介護金庫 (Pflegekasse)」である。被保険者はすべての法定医療保険加入者であり、その数は2018年7月時点で7280.8万人である (BMG2019)²⁾。財源は保険料のみであり、国庫負担はない。2020年時点の保険料率は3.05% (労使折半。子を持たない23歳以上65歳未満の被保険者は、被保険者負担分のみ0.25%ポイント上乘せされた3.3%) である。

介護保険は、自己決定の原則 (可能な限り要介護者が自立し自己決定に基づく生活を送れるよう援助する) (SGB XI 2条)、在宅介護優先の原則 (同3条)、基礎的保障の原則 (介護保険は要介護者が必要とする介護のすべてを保障するのではなく、要介護者を支援する基礎的な保障を行う) (同4条)、予

防および医学的リハビリテーション優先の原則 (同5条) を有する (松本2007: 1-2)。

ドイツでは、身体的、知的または精神的な疾病または障害のために、毎日の生活の中で日常的かつ定期的に繰り返し行われる行為について、長期的に、少なくとも6カ月以上の見込みで、著しくまたは高度に支援を必要とする者が要介護状態にあるとされる (同14条1項)。要介護度は、2016年までは、介護に必要な時間を基準として3段階 (介護等級 I ~ III) に区分されていたが、2017年以降は、要介護者の自立性を測定するための6つのモジュールの合計点数 (総合点数) (表1) に応じて5段階 (要介護度1~5) に区分され (表2)、それぞれに給付 (限度) 額が定められている (表3)。概ね、ドイツの要介護度2は日本の要介護4に相当するとされる³⁾。

要介護認定は、医療・介護関連の助言・評価サービスを行う第三者機関である「メディカルサービス」 (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: 以下 MDK と略記) の鑑定・評価に基づき、介護金庫が行う。介護金庫の州連合会と、当該州に所在する在宅介護と施設介護のサービス供給主体とは、介護サービスの内容および対価などに関する枠組契約を定める (同75条)。そして、この枠組契約に従って個々のサービス供給主体が給付を提供し、個々の介護金庫がこれに報酬を支払う (森2019: 328)。在宅介護のサービス供給主体は2017年時点で1万4050カ所在し、うち、民

表2 2017年以降の要介護度の説明

要介護度	説明	総合点数
要介護度1	自立性または能力の障害が少ない。	12.5 ~ 27 未満
要介護度2	自立性または能力の障害が著しい。	27 ~ 47.5 未満
要介護度3	自立性または能力の障害が重度。	47.5 ~ 70 未満
要介護度4	自立性または能力の障害が最重度。	70 ~ 90 未満
要介護度5	自立性または能力の障害が最重度であり、介護に際して特別な要求を伴う。	90 以上

出所：BMG (2019)；森 (2019, 329)。

表3 ドイツにおける要介護度別給付(限度)額(2017年以降)

(単位：€)

	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
介護サービス給付(限度額)(月額)	—	689	1,298	1,612	1,995
介護手当(月額)	—	316	545	728	901
代替介護 (年間6週間まで) (限度額)	近親者による	—	474	817.5	1,092
	その他の者による	—	1,612		
ショートステイ(年間4週間まで)(限度額)	—	1,612			
デイケア・ナイトケア(限度額)(月額)	—	689	1,298	1,612	1,995
在宅介護の際の負担軽減額(月額)	125				
居住共同体に居住する要介護者に対する追加給付(月額)	214				
完全施設介護(月額)	125	770	1,262	1,775	2,005
障害者の完全入所施設	—	施設の料金の10%(上限は月額266)			
介護補助具(月額)	40				
住環境改善措置(限度額)	4,000 (複数人が居住する場合は16,000)				

- 注：1) 代替介護とは、家族介護者が休暇や病気等で介護に支障が生じた場合、代わりの者が介護を行うための費用を負担する給付である(詳細は後述)。
 2) 介護補助具は、消耗品の場合に月額40€まで償還される。技術的な補助具(車いす、昇降機など)はその費用の10%(1補助具当たり25€まで)を要介護者が自己負担する。
 3) 在宅介護の際の負担軽減額とは、介護者の負担軽減のために、デイケア・ナイトケア、ショートステイなどの利用の際に毎月の限度額まで利用しうる金額である(SGB XI 45b条)。

出所：BMG (2019)より筆者作成。

間企業が運営するものが9243カ所(利用する要介護者数は42.8万人)、民間非営利団体が運営するものが4615カ所(同38.7万人)、自治体が運営するものが192カ所(同1.4万人)である。中でも民間企業が運営するものが過去10年間に約2300カ所増えるなど、顕著な増大傾向にある(RKI/DESTATIS 2020)。

2 特徴

日本の介護保険と比較すると、ドイツの介護保険には以下の特徴がある。①給付範囲が狭い。すなわち、基礎的保障の原則ゆえに、給付限度額が

日本のそれと比べて低く抑えられており、それゆえ「部分保険(Teilkasko-Versicherung)」とも呼ばれる⁴⁾、②すべての年齢の者が対象となる(日本では40歳以上が対象)、③すべての年齢の障害者・障害児が介護保険の対象となる⁵⁾、④在宅介護において現物給付のみならず現金給付(介護手当)も存在し、現物給付と現金給付を組み合わせ受給することも可能である(コンビネーション給付と呼ばれる)、⑤現物給付の利用にあたって自己負担がない(但し、施設介護の場合は宿泊費と食費が利用者負担となる)、⑥公費負担がなく、運営費用はすべて保険料から賄われる(森2019：

表4 2018年末時点の要介護度別受給者数

在宅介護給付	単位：人	単位：%	施設介護給付	単位：人	単位：%	全体	単位：人	単位：%
要介護度1	343,334	11.8	要介護度1	4,787	0.6	要介護度1	348,121	9.4
要介護度2	1,384,210	47.6	要介護度2	178,215	22.8	要介護度2	1,562,425	42.4
要介護度3	773,796	26.6	要介護度3	255,590	32.8	要介護度3	1,029,386	27.9
要介護度4	294,516	10.1	要介護度4	223,551	28.7	要介護度4	518,067	14.1
要介護度5	109,469	3.8	要介護度5	117,921	15.1	要介護度5	227,390	6.2
合計	2,905,325	100.0	合計	780,064	100.0	合計	3,685,389	100.0

出所：BMG（2019）より筆者作成。

表5 給付種類別受給者数の推移（単位：人）（カッコ内は構成割合。単位：%）

給付の種類	1996年	2000年	2004年
介護手当（現金給付）	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)
介護サービス（サービス給付）	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)
コンビネーション給付	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)
代替介護	6,805 (0.4)	6,313 (0.3)	12,145 (0.6)
デイケア・ナイトケア	3,639 (0.2)	10,287 (0.5)	15,045 (0.8)
ショートステイ	5,731 (0.4)	7,696 (0.4)	9,989 (0.5)
完全施設介護	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)
障害者の完全施設介護	5,711 (0.4)	55,641 (3.0)	65,052 (3.3)
合計	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (100.0)	1,983,363 (100.0)
給付の種類	2009年	2013年	2018年
介護手当（現金給付）	1,034,561 (45.5)	1,148,866 (44.3)	1,736,432 (48.3)
介護サービス（サービス給付）	179,795 (7.9)	132,683 (5.1)	160,826 (4.5)
コンビネーション給付	284,670 (12.5)	403,432 (15.6)	496,559 (13.8)
代替介護	33,779 (1.5)	930,22 (3.6)	20,186 (0.6)
時間単位の代替介護	—	—	189,149 (5.3)
デイケア・ナイトケア	28,895 (1.3)	57,201 (2.2)	102,869 (2.9)
ショートステイ	16,542 (0.7)	19,749 (0.8)	26,639 (0.7)
完全施設介護	613,746 (27.0)	654,011 (25.2)	722,986 (20.1)
障害者の完全施設介護	79,457 (3.5)	82,347 (3.2)	137,664 (3.8)
合計	2,271,445 (100.0)	2,591,311 (100.0)	3,593,310 (100.0)

出所：BMG（2019）より筆者作成。

328)。

ドイツの介護保険制度の給付範囲が狭く、近親者の介護力への依存が強い制度となっている理由としては、制度創設時がドイツ経済の低迷期と重なり、新たな社会保険の創設に伴う使用者側の負担を極力抑えるという意図が働いていたことが考えられる⁶⁾。給付範囲の狭さゆえに、介護保険からの給付で不足する分については自己負担で調達することとなるが、年金収入などが少額であるがゆえに、介護保険からの給付とあわせても介護施設などの費用を支払うことが困難である場合に

は、社会扶助制度（生活保護制度に相当）の中の介護扶助により、緩やかな資力調査を経て、不足分を受給しうる。

3 現状

2018年末時点の要介護者数は368.5万人であり、在宅介護給付の受給者（290.5万人）が受給者全体の76.4%を占める（表4）。次に、給付種類別受給者数の推移（表5）をみると、2018年の介護手当のみの受給者数は173.6万人とほぼ全体の半分を占め、全体の受給者数も顕著な増大傾向にあ

表6 給付費の推移

(単位：10 億 €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
収入	8.41	12.04	15.94	16.00	16.32	16.54	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49	18.49
支出	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03
収入－支出	3.44	1.18	0.80	0.13	-0.03	-0.13	-0.06	-0.38	-0.69	-0.82	-0.36	0.45
積立金	2.87	4.05	4.86	4.99	4.95	4.82	4.76	4.93	4.24	3.42	3.05	3.50
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
収入	18.02	19.77	21.31	21.78	22.24	23.04	24.96	25.91	30.69	32.03	36.10	37.72
支出	18.34	19.14	20.33	21.45	21.92	22.94	24.33	25.45	29.01	31.00	38.52	41.27
収入－支出	-0.32	0.63	0.99	0.34	0.31	0.10	0.63	0.46	1.68	1.03	-2.42	-3.55
積立金	3.18	3.81	4.80	5.13	5.45	5.55	6.17	6.63	8.31	9.34	6.92	3.37

出所：BMG (2019) より筆者作成。

る。最後に、保険給付費の推移をみると、近年は長らく収支がほぼ均衡を保っていたが、2017年以降は赤字を記録している(表6)。

Ⅲ 介護手当

1 概要

介護手当は、介護保険法37条に規定されている。金額は定額であり、要介護度2以上の要介護者に対して毎月支給される(要介護度ごとの金額は表3参照)。要介護者は、介護手当の用途を自己の責任に基づいて決定する(Dalichau 2019: 644)。家族介護への感謝の気持ちの表れとして家族介護者に介護手当を支払うことも可能であるし、また、介護手当を元手に専門の介護士を雇うことも可能である(Klie/Kramer 1998: 321)。後者の場合、介護士の給与水準を介護最低賃金(2020年4月時点で旧西独地域は時給11.35€, 旧東独地域は同10.85€)⁷⁾と仮定すると、要介護度2(月額316€)の場合、旧西独地域の場合で月に約27時間、要介護度5(月額901€)の場合、同約79時間は雇用しうる金額である。

介護手当は、介護サービス給付の代替(Surrogat)としての機能を持つとされる(Dalichau 2019: 636-643)。要介護者は、介護サービス給付の代わりに介護手当を申請しうるし、また、既述のように両者のコンビネーション給付も可能である。介護手当については、要介護者への介護が総じて保障されていることが受給の条件とされ、こ

の条件は、要介護認定時のMDKによる鑑定と、後には助言訪問(Beratungsbesuch)(詳細は後述)の枠内で審査され、評価される。MDK、または、介護金庫の委託を受けた鑑定人は、定期的に要介護者の住居において要介護度の審査を行う(SGB XI 18条2項)。その際に、介護手当が給付されているにもかかわらず適切な介護が行われていないと判断された場合には、介護金庫に対して介護手当の支給停止や介護サービス給付への移行が勧告され、介護金庫はそれへの対応が必要となる(宮本2017: 9)。

介護手当を受ける要介護者は、要介護度2と3の場合は半年に1回、要介護度4と5の場合は四半期に1回、認可を受けた介護施設、または、介護金庫の州団体の認可を受けた相談所による助言訪問を受けなければならない。この助言は、在宅介護の質の保障、介護者の定期的な支援、および、実践的かつ介護専門的な支援に役立てられる(SGB XI 37条3項)。2018年時点での良質の助言訪問にかかる平均的な時間は30～45分とされる(Wawrik 2019)。助言訪問を受けない場合は介護手当が削減され、複数回にわたり受けない場合は不支給となる。助言訪問の費用は、要介護度2と3の場合は23€まで、要介護度4と5の場合は33€までであり、介護金庫が負担する。

宮本(2017)によれば、助言訪問の主な内容は、①介護状態の評価、②介護状況改善のための指導、③記録である。①では、要介護者と介護者の満足度を聞き取る。介護の負担度、居住環境、利用サービス等の現状を把握し、介護状態に問題

があると疑われる場合には、要介護者の褥瘡や身体への傷などの身体状況の確認を行うことも認められる。②では、要介護者の状態に見合う要介護度であるか、介護状態に応じた介護の提供に必要な指導・介護サービスの利用などを助言する。③では、介護の質の改善点や介護手当継続支給の条件について記録する（宮本 2017：10）。

2 導入の経緯

足立（1995）によれば、介護保険導入前は、在宅で介護に従事する者は圧倒的に家族成員（しかも女性）であり、そのための経済的・肉体的・精神的負担はすべて家族によって担われ、これが家族の介護意欲と能力を減退させてきた。それゆえ、在宅介護の支援が強く求められ、法定医療保険がそれに対応することとなった。すなわち、1989年の医療保険改革法にもとづき、法定医療保険は史上初めて、要介護性を給付対象リスクに取り込み、介護を要する被保険者への給付を規定した。新たな給付は、在宅で世話を受けられる重度の要介護の被保険者を対象とし、介護者の休暇もしくはその他の事情の場合に、年1回、4週間を限度として、最高1800マルク（約900€）まで在宅介護を支援するというものであった。受給要件は、受給前に少なくとも12カ月介護を受けていることであり、1991年からは、月に25時間、750マルク（約375€）まで専門ヘルパーの訪問サービスの費用が疾病金庫によって引き受けられ、これが請求されない場合には、月額400マルク（約200€）の介護手当が支給されることとなった（足立 1995：200）。

これにより、在宅介護にはじめて金銭的な支援が導入されたが、対象が重度の要介護者に限られている上に、在宅介護に対してのみ支給され、給付の水準も実際の家族の負担に比較すると不十分であった（足立 1995：192-193；田中 2000：29）。そこで、1994年に介護保険が導入されると、介護手当の金額が205€（介護等級Ⅰ）、410€（介護等級Ⅱ）、665€（介護等級Ⅲ）に設定された。2008年以降は段階的に引き上げられ、3年ごとに物価上昇率を加味した引き上げもなされることとなり、2015年から、新しい要介護度に置き換わる2016

年までは、244€（介護等級Ⅰ）、458€（介護等級Ⅱ）、728€（介護等級Ⅲ）とされた⁸⁾。

介護手当の金額は、同じ要介護度での介護サービス給付の限度額と比べて著しく低く、このことを問題視する意見がある。両者を比較すると、介護手当の金額は、介護サービス給付限度額の45.9%（要介護度2）、42%（要介護度3）、45.2%（要介護度4）、45.2%（要介護度5）であり、半額に満たない（表3参照）。新しい要介護度に置き換わる直前の2016年時点でも、介護手当の金額は、介護サービス給付限度額の52.1%（介護等級Ⅰ）、40%（介護等級Ⅱ）、45.2%（介護等級Ⅲ）であった。Klie/Kramer（1998）は、このようなことは理解しがたいと述べ、介護手当が濫用されるかもしれないので金額を低めに抑えている、ということも、そのようなことが起きないようにMDKによる鑑定と助言訪問が実施されているので理由にならないと指摘する（Klie/Kramer 1998：322-323）。考えられる理由としては、制度創設時に現物給付よりも現金給付での受給を選択するケースが多いと想定され、現物給付額より現金給付額を低く設定することで、介護給付の総支給額を抑制するねらいがあったからだとされる（斎藤 2013：19）。

IV 介護手当の位置づけ

1 介護手当は家族介護の「対価」と言えるか？

介護手当は、要介護者が家族介護者に対し、彼（女）らが担う介護への返礼として支払う場合には、その意味において「対価」と捉えうる。しかし、介護手当は、介護という労働の市場価値に見合った「対価」と考えるには金額が著しく少なく⁹⁾、介護を担う家族への感謝の印というような位置づけに留まる。

だが、ドイツでは同時に、一定の要件にあてはまる家族介護者を賃金労働者になぞらえて、賃金労働者と同様の社会保険（労災・年金・失業）を適用し、それにより、家族介護をあたかも賃労働の一種のように捉えている。また、家族介護者を支援する仕組みを明確に介護保険の中に組み込んでいる（詳細は後述）。介護手当のみならず、それ

表7：介護者の保険料算定基礎収入額（2018年時点）

要介護度	給付の種類	基準額に対する割合	保険料算定基礎収入額 (旧西独地域) (月額)	保険料算定基礎収入額 (旧東独地域) (月額)
2	介護手当	27.00%	822.15 €	727.65 €
	コンビネーション給付	22.95%	698.83 €	618.50 €
	現物給付	18.90%	575.51 €	509.36 €
3	介護手当	43.00%	1,309.35 €	1,158.85 €
	コンビネーション給付	36.55%	1,112.95 €	985.02 €
	現物給付	30.10%	916.55 €	811.20 €
4	介護手当	70.00%	2,131.50 €	1,886.50 €
	コンビネーション給付	59.50%	1,811.78 €	1,603.53 €
	現物給付	49.00%	1,492.05 €	1,320.55 €
5	介護手当	100.00%	3,045.00 €	2,695.00 €
	コンビネーション給付	85.00%	2,588.25 €	2,290.75 €
	現物給付	70.00%	2,131.50 €	1,886.50 €

注：2018年時点の基準額：旧西独地域は月額3,045€, 旧東独地域は同2,695€。
出典：DRV（2019：26）をもとに筆者作成。

らの補完的な措置まで含めると、家族介護に対する「対価」が、現金給付と現物給付の形で一定程度まで総合的に家族介護者に対して支払われており、それにより家族介護者の地位向上も図られていると解釈しうる。

2 家族介護者への補完的な措置

既述のように、ドイツにおいて特徴的であるのは、家族介護者を賃金労働者になぞらえて社会保険の適用を行っていること、および、家族介護者への積極的な支援（代替介護、介護講習、助言訪問）を介護保険法に組み込んでいることである。その背景には、ドイツの介護保険が在宅介護の優先を謳い、中でも、近親者の介護力に依存していることがある。

ドイツの家族介護者の属性について、少し古い2012年時点のデータを紹介しますと、成人の6.9%が定期的に家族介護をしており、家族介護者の64.9%が女性である。年齢層は、男女ともに55-69歳が最多である（女性のうち11.9%、男性のうち6%）。毎日2時間以上介護に従事している家族介護者についてみると、就業している者の割合は女性が38.8%、男性が70.8%であり、うち、フルタイムで就業する者の割合は女性46.5%、男性76%である（GBE kompakt 2015）。

(1) 家族介護者への社会保険の適用

家族介護者への社会保険の適用についてはSGB XI 44条に規定されている。まず、要介護度2以上の要介護者を在宅で週10時間以上介護する者（家族介護者のみならず友人なども含む）は労災保険の対象となり、その保険料は自治体が負担する。また、当該介護者が週30時間を超える就労をしていなければ、法定年金保険（公的年金保険に相当）の強制被保険者にもなり¹⁰⁾、その保険料は介護金庫が負担する。この場合、法定年金保険の被保険者の平均的な労働収入（基準額）に対する介護者の労働収入（保険料算定基礎収入額）が擬制的に算定され、そこでは、要介護者の要介護度と給付の種類に応じて、基準額の18.9～100%に相当する労働収入を得ているとみなされる（表7）。そして、その額に保険料率（18.6%）を乗じて保険料額が算定される（表8）。1年間介護に従事した場合に、将来の年金がどのくらい増額されるかの試算も公表されている（表9）（DRV 2019）。

さらに、失業保険の被保険者ともなり、その保険料も介護金庫が負担する。この場合は、介護者の労働収入が、一般労働者の平均的な労働収入（基準額）の50%に相当するとの仮定のもとで保険料額が算定される（失業保険法（SGB III）345条）。これにより、家族介護者は介護終了後に失

表8 介護金庫から支払われる介護者の年金保険料の金額（2017年以降）

要介護度	給付の種類	保険料額 (旧西独地域) (月額)	保険料額 (旧東独地域) (月額)
2	介護手当	152.92 €	135.34 €
	コンビネーション給付	129.98 €	115.04 €
	現物給付	107.04 €	94.74 €
3	介護手当	243.54 €	215.55 €
	コンビネーション給付	207.01 €	183.21 €
	現物給付	170.48 €	150.88 €
4	介護手当	396.46 €	350.89 €
	コンビネーション給付	336.99 €	298.26 €
	現物給付	277.52 €	245.62 €
5	介護手当	566.37 €	501.27 €
	コンビネーション給付	481.41 €	426.08 €
	現物給付	396.46 €	350.89 €

出典：BMG (2020)。

表9 1年間家族介護に従事した場合に将来において増額される年金（月額）（2018年時点）

要介護度	給付の種類	保険料額 (旧西独地域) (月額)	保険料額 (旧東独地域) (月額)
2	介護手当	8.34 €	7.96 €
	コンビネーション給付	7.09 €	5.76 €
	現物給付	5.84 €	5.57 €
3	介護手当	13.29 €	12.68 €
	コンビネーション給付	11.29 €	10.77 €
	現物給付	9.30 €	8.87 €
4	介護手当	21.63 €	20.63 €
	コンビネーション給付	18.39 €	17.54 €
	現物給付	15.14 €	14.44 €
5	介護手当	30.90 €	29.48 €
	コンビネーション給付	26.27 €	25.06 €
	現物給付	21.63 €	20.63 €

出典：DRV (2019)。

業手当を申請したり、再就職に向けて雇用エージェンシー（公共職業安定所に相当）から提供される「アクティベーションと再就労のための給付」（職業あっせんや職業訓練などの裁量給付）（SGB III 116条）を受給したりすることが可能になる。

(2) 家族介護者への積極的な支援

家族介護者への積極的な支援のために介護保険から提供される給付として、代替介護（Verhinderungspflege）、介護講習（Pflegekurs）、助言訪問が挙げられる。後者については既に述べたため、ここでは前二者について説明する。

まず、代替介護（SGB XI 39条）とは、要介護度2以上の者を6カ月以上介護する家族介護者が傷病や休暇などで介護を行えず、代替の者に介護を代替してもらった場合に、そのための費用が介護金庫から給付されるというものである。代替の者が2親等以内の近親者の場合と、それ以外の者である場合とで限度額が異なる（表3参照）。また、利用していないショートステイの限度額を806€分まで代替介護に上乗せして利用することができる（同条2項）。期間の上限は年間6週間である。なお、一日単位（一日8時間以上の利用）ではなく時間単位（一日8時間未満の利用）での

利用も可能であり、この場合は期間上限（年間6週間）に算入されない。また、介護手当の受給者が代替介護を利用する場合は、当該代替介護の期間中に、従来受給していた金額の50%の介護手当を受給しうる。

次に、介護講習とは、介護金庫が、要介護者の近親者や介護に関心のあるその他の者のために無料で実施する講習であり、介護金庫には介護講習を実施する義務がある（SGB XI 45条）。講習では、主に身体介護の基礎を学べるが、認知症に特化した講習も用意されている。受講形式も、集団で受講する形式、在宅で個別に行う形式、オンライン形式が存在する。

以上から、家族介護者へのレスパイト・ケアとして代替介護、相談・助言の機会やスキルアップ支援として助言訪問と介護講習が機能していると捉えられる。

V まとめと結論

1 介護手当と補完的な措置とを組み合わせた家族介護への「対価」

家族介護の市場価値を介護労働者の給与水準なども勘案して措置し、それに見合うだけの「対価」を介護手当の形で支払うことは、介護保険財政の観点からも、また、要介護者を經由して家族介護者に介護手当が支払われうるという仕組みからも、困難である¹¹⁾。そもそもドイツの介護保険は、創設当時、財政的観点から在宅介護を優先して部分介護を志向し、さらに、在宅介護のなかでも受給者が多く見込まれた介護手当の金額を低く抑えた。それゆえ、市場価値に見合った「対価」という点では介護手当のみでは明らかに不十分である。だが、それに加えて、補完的な給付、すなわち、家族介護を賃労働になぞらえて社会保険などの社会保障制度の適用対象としたり、家族介護者を支援する現物給付を意識的かつ積極的に整備したりするならば、家族介護者の地位向上と負担軽減につながり、想定されうる家族介護の市場価値には及ばないまでも、一定程度までは「対価」として機能しうる。この点に関して、本沢

(1996)の、「介護労働を社会保障と結びつけることによって、直接賃金と結びつかなくても、社会的に価値ある労働として一定の評価を社会的に確立するキッカケとすることができる（本沢1996:152）」との指摘は的を射ている。

補完的な給付の整備を行わないまま、金額の少ない介護手当のみを介護サービス給付の代替として用意するのであれば、介護労働は賃労働もどきに留まらざるを得ず、主な担い手となりやすい女性が家族介護に伴う多大な負担を強いられるおそれがある。

2 日本で表明された懸念のドイツにおける状況

次に、本論文の冒頭で示した、日本で表明された介護手当への懸念は、ドイツにおいて現実のものとなっているのであろうか。①「現金給付の容認による家族介護の固定化」については、ドイツの介護保険の基本理念が在宅介護の優先であることから、家族介護の比率が高くなることは否めないが、現金給付と現物給付は家族の事情に応じて選択可能であるし、既述のように家族介護のみで十分な介護が担保されない場合には、MDKによる定期的な鑑定や助言訪問などの機会に現物給付などへの転換が図られる。また、2008年導入の介護時間（Pflegezeit）制度（従業員15人以上の事業所が対象で、6カ月以内の期間で無給の介護休業と、すべての事業所が対象の10日間の短期の介護休業とがある）、2012年導入の家族介護時間（Familienpflegezeit）制度（従業員26人以上の事業所が対象で、最長2年間、最大週15時間まで、要介護者である親族の介護のために労働時間を短縮しうる）などにより、就労と介護の両立支援が急速に整備されている。ゆえに、家族介護の固定化を回避するための柔軟な対応がなされていると解釈しうる。②「家族介護だけでは介護の質を確保できない」についても、定期的な助言訪問、無料での介護講習受講機会の提供などによって解消されうる。③「家族介護に依存して介護サービスの拡大が十分に図られなくなる」については、サービス供給主体は民間を中心に増大傾向にあるものの、介護人材の不足については問題視されており、近年において大規模な人材確保策が取り組まれている。

る¹²⁾。④「費用の増大につながる」については、介護手当のほうが介護サービスよりも給付額が低く、制度創設時にはむしろ費用増大を抑えるために介護手当が導入された事情もあることから、問題視されてはいない。

日本では介護手当に関して、ドイツで最も評価された介護家族やボランティアのための社会保障上の法的保障については当初から検討の課題として取り上げられず、単に現金給付の是非のみが議論されてきた感がある、との指摘がある（本沢1996：151-154）。ドイツの家族手当のような家族介護者への現金給付の導入は、家族介護を有償労働として捉えなおす契機となりうるが、その際に気を付けなければならないのは、現金給付が低額に留まらざるを得ない場合に、同時に既述のような補完的な措置を整備しなければ、家族介護者に多大な介護負担を強いる危険性があることである。

- 1) 離島、へき地などでホームヘルパーが不足している場合は、一定の要件のもとでホームヘルパーが同居家族に対して訪問介護を提供することが認められる（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準42条の2）。また、要介護4・5に認定された要介護者を、介護保険サービスを利用せずに1年以上介護を続けた家族に対し、居住する市町村から10万～12万円（年額）が支給される家族介護慰労金という仕組みもある（但し、実施していない自治体もある）。2016年度の実施自治体は約700であり、費用は8割近くを国と自治体が負担し、残りが介護保険料から賄われる（日本経済新聞2018）。
- 2) ドイツでは一定額以上の収入の者は民間医療保険か公的医療保険のいずれかに加入することを義務付けられており、民間医療保険加入者（2018年時点で874万人）（PKV2020）は民間介護保険への加入も義務付けられている。
- 3) 2016年以前の要介護度におけるドイツの介護等級Ⅰは、日本の要介護4に相当すると捉えられ（斎藤2013：17）、2017年以降は要介護度2に置き換えられた（Lötzerich 2019）ため、このように解釈しうる。
- 4) 原則としてドイツでは、介護ニーズの50%を介護保険からのサービスで充足することを目的としている（キャンベル2009：263）。
- 5) 介護保険からのサービスのみでは不足する場合は、資力調査を経て社会扶助から特別扶助を受けることになる。
- 6) 例えばハウク／ロートガング（1994：34）には、「提出された〔引用者注：介護保険〕法案では、どの時点でも、要介護によって生じた全費用を介護保険で負担しようということは全く考えられていなかった。むしろ、家族の介護準備、要介護者による費用の一部負担による自己努力を強化することが考えられている」とある。
- 7) 2013年以降、介護職に適用されている業種別最低賃金であり、法定最低賃金（2020年は時給9.35€）よりも高く設定されている。

- 8) 要介護者に認知症がある場合の給付額は、122€（介護等級0）、316€（介護等級Ⅰ）、545€（介護等級Ⅱ）、728€（介護等級Ⅲ）とされた。
- 9) たとえば、老人介護士の2018年時点の収入の中央値は月額2,877€である（BA2020）。
- 10) ドイツでは日本とは異なり、専業主婦（夫）は法定年金保険の強制被保険者とはならない。
- 11) ドイツの家族介護者に年金保険を適用する際に、当該介護者の労働収入を被保険者の平均労働収入（基準値）の何%という形で擬制的に算定する方式（表7）は、家族介護者による介護を市場価値に換算する上での重要なヒントとなりうる。紙幅の関係上本論文では割愛するが、この方式の妥当性や成立過程についての分析も今後の重要な研究課題となりうる。
- 12) 2017年時点で老人介護の分野では3万人の介護人材が不足しており、2030年までに30万人が不足すると予測されており、2018年発足の第4次メルケル政権では、介護教育の改善、介護人材強化法の施行（2019年1月）による介護職員の雇用増と介護職に対する健康促進のための予算の拡充などがなされた（森2019：338-339）。

参考文献

- 足立正樹（1995）『現代ドイツの社会保障』法律文化社。
キャンベル、ジョン・クレイトン（斎藤暁子訳）（2009）「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」『社会科学研究』No. 60（2）、pp. 249-277。
斎藤香里（2013）「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No. 184、pp. 16-29。
佐藤満（2010）「介護保険法の成立過程」『立命館法学』No. 333・334、pp. 2197-2232。
田中耕太郎（2000）「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障研究』No. 131、pp. 24-36。
日本経済新聞（2018）「介護慰労金、対象外世帯に8億円 検査院が改善要請」2018年10月19日記事 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO36675390Z11C18A0CR0000/>
ハウク、カーリン／ロートガング、ハインツ（木下秀雄訳）（1994）「ドイツにおける介護保険をめざす苦闘——一つの当面の社会政策的回顧」『賃金と社会保障』No. 1139、pp. 18-41。
松本勝明（2007）『ドイツ社会保障Ⅲ——介護保険』信山社。
宮本恭子（2017）「ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴——ドイツ現地調査から」島根大学『経済科学論集』No. 43、pp. 1-29。
棕野美智子・田中耕太郎（2020）『はじめての社会保障——福祉を学ぶ人へ（第17版）』有斐閣アルマ。
本沢巳代子（1996）『公的介護保険——ドイツの先例に学ぶ』日本評論社。
森周子（2019）「ドイツ 第2部Ⅲ 介護保険」松村洋子・田中耕太郎・大森正博編著『新世界の社会福祉2 フランス／ドイツ オランダ』旬報社。
BA（2020）“Entgeltatlas 2018” https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index?_afLoop=17631689649301909&_afWindowMode=0&_afWindowId=caqktavqt&_adf.ctrl-state=11tn52qj25_14
BMG（2019）“Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten” <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
——（2020）“Soziale Absicherung der Pflegepersonen” <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/soziale-absicherung-der-pflegeperson.html>
Dalichau, Gerhard（2019）*SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. 2. Auflage.*, Köln, Wolters Kluwer.

- DRV (2019) *Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich, 13. Auflage.*, Berlin, DRV.
- GBE kompakt (2015) "Pflegerische Angehörige: Deutschlands größter Pflegedienst. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. September 2015"
- Klie, Thomas/ Kramer, Utz (1998) *Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar*, Baden-Baden, Nomos.
- Lötzerich, Uwe (2019) "Pflegegrade" <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>
- PKV (2020) "Zahlen und Fakten" <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>
- RKI/DESTATIS (2020) "Ambulante Pflegedienste und von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger"
- Wawrik, Peter (2019) "Neue Vergütungssätze für die § 37.3 SGB XI Beratung. Häusliche Pflege" <http://www.haeusliche-pflege.net/Infopool/Haeusliche-Pflege-Blog/Neue-Verguetungssaetze-fuer-die-37.3-SGB-XI-Beratung>

もり・ちかこ 成城大学経済学部経済学科准教授。主な論文は「メルケル政権下の介護保険制度改革の動向」国立社会保障・人口問題研究所「海外社会保障研究」186, 2014年3月。社会政策・社会保障専攻。