

日独の介護保険制度比較

産能短期大学 佐藤百合子

1. はじめに

2000年4月1日より日本の公的介護保険制度は施行された。わが国の人口高齢化に伴う要介護者対策の一つである。日本における65歳以上人口比率は1970年に7%に達して以来、1998年には16%と、この28年間に2倍以上に増加した。年率換算では約5.3%の増加率である。同時期の欧米諸国を比較すると(図表一1)、日本の高齢化の進展がいかに早いかがわかる。

西ドイツ(統一前)をはじめとしてヨーロッパでは早くも1970年には高齢社会に突入しようとしており、西ドイツでは1978年には要介護者が約157万人、1991年には165万人(うち60歳以上が約125万人)と推計されている。2010年には190万人と全人口の2.3%となる事が予想された。そのため、旧西ドイツでは早くから要介護者対策が徹底的に議論され、その結果「公的介護保険制度」の創設にいたったのである。

一方日本は1970年に東京都がいち早く老人総合研究所を設置するなど、来るべき高齢社会対策を進めていったが、介護については永らく家族問題としてしか認識されてこなかった。施設でのねたきり老人の問題や家族にかかる介護の重さが本格的に認識され出したのはここ10年の事である。それも要介護状態の高齢者に対する

制度を保険方式にするか税法式にするかが論議の争点であった。それは、これまでの救貧の性格を残していた高齢者扶助対策に、自助原則、自己決定、市場原理を導入する事によって社会化を推進していこうというものである。その際参考に取り上げられたのは、ドイツの介護保険であり、これまで多くの研究や紹介がなされている。本稿では、ドイツの介護保険制度をこれまでの研究蓄積に沿って概括し、かつ日本の公的介護保険制度と比較する事によって、日本の要介護者対策の問題点を浮き彫りにする事を目的としている。

2. 日独の高齢者福祉政策の基本的特徴

1) 旧西ドイツの高齢者福祉政策の基本原則

1970年の時点で、ヨーロッパ諸国はすでに高齢化社会から高齢社会に入ろうとしており、さまざまな高齢社会対策が論議され始めていた。旧西ドイツの高齢者対策は、「1961年施行の連邦社会扶助法によって人間の尊厳にふさわしい生活を保証する(春見、1999)」対象となっているが、以下の点で日本の高齢者対策と異なっていた。

第一には、高齢者福祉サービスの実施には市町村が自治の原則により責任を負っている。

図表一1 65以上人口比率の国際比較 (%)

	1970	1980	1990	1995	2000	2000/ 1970
日本	7.07	9.1	12.06	14.54	17.24	2.4
ドイツ	13.69	15.6	14.96	15.47	16.35	1.2
アメリカ	9.84	11.19	12.39	12.54	12.51	1.3
フランス	12.87	13.97	13.99	15.01	15.93	1.2
イタリア	10.89	13.15	15.32	16.78	16.17	1.5
スウェーデン	13.67	16.29	17.78	17.576	17.42	1.3
ノルウエー	12.89	14.76	16.31	15.98	15.45	1.2
デンマーク	12.27	14.41	15.6	15.35	15.18	1.2
カナダ	7.86	9.39	11.22	12.01	12.75	1.6

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所編 「人口の動向—日本と世界 1999」 厚生統計協会

つまり、日本のように中央政府が法律によってサービスの基本を作成し、税を交付し、都道府県や市町村はそのとおりに実施するというのではなく、連邦政府の決めた方針によって州政府が実行の委託を受け、市町村が社会福祉計画を責任を持って作成するのである。そのため、サービスの内容は千差万別であった。

第二に、高齢者社会福祉サービスは、施設サービス（入所、通所）、在宅サービスに分けられるが、西ドイツでは長い間施設サービスが中心であった。在宅サービスが制度化されたのは、1970年代である。

第三に社会福祉サービスの供給主体は、民間非営利の福祉団体である。（田中、1999）田中氏によれば、これらの活動は連邦社会扶助法の中で明確に位置付けられ、地方自治体はこれらの活動に協力・連携し、役割分担を行い、かつ民間活動を優先することが明文化されている。

これらの基本方針は、旧西ドイツの社会福祉政策が、①自助努力、②社会福祉の後置性の原則あるいは、補足性の原則、③個別性の原則、④職権開始主義の原則、⑤需要充足の原則に、基づいている事による。

自助努力とは、まずはできるだけ社会福祉に頼らずに自分で生活するよう努力することができるような援助でなければならないということである。つまり、援助は暫定的なものであり、自立への橋渡役であるという認識である。

社会福祉の後置性の原則とは、自助の優先に関連した原則である。つまり、自立していれば、社会福祉からの援助を受けることはできない。また補足性の原則とは、自助努力をしてなおかつ不足する部分を補うことに社会扶助が使われるということである。社会扶助を求める前にまず本人の所得や資産の活用が義務づけられている個別性の原則とは、個々人の特殊事情に応じた援助がなされるべきであるとする原則であり、画一的になりがちな公的サービスの実施に当たってはなるべく官僚的にならないように運営することが指針として規定されている。

職権開始主義とは社会福祉サービスを需給す

るにたるだけの条件があり、かつそれが運営主体や市町村がそれを知ったときに、そのサービスが開始されるとする原則である。但し、これは本人の意思に反してまでは実施されないし、また過去に遡及することはない。

需要充足の原則は、現在、社会福祉サービスを必要とするか否かが問題であるのであって、その原因が何かは原則として問わないという事である。また、現存する需要に対して行うサービスであるので、過去に遡って受給することはできないし、受給する必要がなくなったときには直ちにサービスの供給が停止される。それゆえ、本人の申請によるのではなく、関係機関が必要が生じていると認識したときにサービスが開始されるという職権開始主義の原則が必要なのである。

以上のように、ドイツの自助努力原則では、人々はまず自身の資産を頼りに民間の高齢者向けサービスを需要し、資産を使い果たした後に社会扶助に頼る事になる。

2) 日本の高齢者福祉政策の基本原則

一方日本における高齢者福祉政策は、その基本的問題の調査・審議並びに解決策作成は厚生省の中央社会福祉審議会（現医療・福祉審議会）が行い、地方公共団体や社会福祉事業体が実際のサービス供給を行う。つまり、中央省庁の決定に基づき、全国一律のサービス基準が設定され、地方公共団体並びに民間の公益団体その他で実際のサービスが供給される。

基本的枠組みは昭和25年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」において、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、失業と共に、老齢による困窮に対し保険的方法又は直接「公」の負担によって最低限度の生活保障と共に社会福祉の向上を図るとされている（厚生省「国民の福祉の動向」）。その基本原則は生活保護法に見られるように、「最低生活の保障」と「自立の助長」である。その特徴は以下のように、①申請保護の原則、②基準及び程度の原則、③必要即応の原則、④世帯単位の原則、⑤措置、となっている。

さらに1963年の老人福祉法における基本理念では、老人は「生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障され」るが、同時に、健康に留意して社会参加へ努力することも求められている。

申請保護の原則では、福祉サービスの受給には申請が必要であり、本人やその扶養義務者、親族からの申請によって始めてサービスの開始が検討される。基準及び程度の原則は補足性の原理でもあり、本人の資産などでまかなえない部分を補うものである。またその程度は個々人の需要に応じて決定される。後者は、必要即応の原則とも関連し、個々人又は世帯の実際の必要に応じてサービスの量が決定される。

さらに保護は世帯単位であり、いずれも扶養義務者が扶養できる場合にはサービスを受給することはできない。これらの基本理念は、自助努力の原則と関連し、長らく高齢者の保護や介護の問題を家族問題として認識することになった。「厚生白書」では家族は介護の含み資産であるという言葉に象徴されるように、世帯単位から個人単位になるには、介護保険の成立まで待たなければならなかった。

3. ドイツの介護保険制度の成立

1) 介護保険の成立まで

ドイツにおける高齢者介護をめぐる論議は1970年代に始まる。1970年に高齢化率が既に14%になろうとしており、本人を含む家族の長期介護費用の負担が増大しており、特に要介護者のうち約3/4が家庭で介護されていた。前述したように、ドイツでは民間機関、特に非営利団体の役割が重要であるが、1974年に高齢問題の研究機関から、長期介護問題についての改革の必要性が提案された。

それを契機にNPOをはじめとして、連邦政府、州政府、政党、労働組合、民間企業、経営者団体、医師会などでさまざまな論議が交わされてきた。長期介護の中心的役割を家族が果たしてきたドイツでは、政府による高齢者対策が他の先進諸国よりも遅れていた（土田、1999）し、国民自体も家族介護すなわち女性による介

護が当たり前であるという意識からなかなか抜け出す事ができなかった。1983年に、公私福祉連盟が公的介護保険の原形になるものを提案したが、翌年政府は介護問題に関する報告書の中で民間介護保険での対応を提案する。

さらに、1988年12月には医療制度の改正が行われ、医療費の削減とともに節約された分は重度の在宅要介護者への給付にまわすこととなり、一般にも広く要介護リスクへの関心が高まっていった。1990年にブリューム連邦労働社会大臣より公的介護保険の提案があり、本格的な論議が始まった。主な論点は①税方式か、社会保険方式か、②賦課方式か、資本積立方式か、③保険料は労使折半にするか、④年齢制限を導入するか否か、⑤身体障害者の問題、⑥民間介護保険の取り扱い、である。その後、さまざまな対立を乗り越えて1994年5月に「要介護リスクの社会的保障に関する法律」が成立し、これによって社会法典に第11編として介護保険法が追加され、1995年1月より施行となった。実施にあたっては、所得に対して1%の保険料の徴収がまず1995年1月より始まり、同年4月より在宅介護給付が開始された。1996年7月よりは施設介護給付が開始され、同時に保険料は1.7%となった。

2) 社会保険の基本原則

ドイツの介護保険の成立の意味するところは、社会保険方式を取ることによって、要介護リスクを社会全体で保障していくべきリスクであると捉えられるようになった事である（社会化、Socialization）。一般的にドイツの社会保険には保険原則のほかに3つの原則がある。第一は、連帯（Solidarität）と公平性である。世代間の契約という考え方の基に健康な人とそうでない人、男と女、金持ちと貧乏人、被保険者とその家族が対等に扱われる。

第二は、自主管理（Selbstverwaltung）である。法律は大きな枠組みを設定するだけであり、実務レベルでの規則や協定などは当事者団体の共同作業によって作られる。すなわち、医師会、病院協会、給付団体、障害者団体、社会福祉団

体、施設協議会、業界団体と被保険者が理事会や代議員会を設置し、自主管理を行うものである。

第三に、補充性(補完性)の原理(Subsidiaritaet)であり、小さな社会単位では機能しない場合は、より大きな社会単位によって機能させる。つまり小ユニットが大ユニットに優先し、責任の段差が存在する。なぜなら、小ユニットのほうが連帯がスムーズに行うことができ、官僚機構よりも効率的だからである。「個人のイニシアティブと自助、自立的な制度運営者と非国家的な組織が優先する」(ドイツ社会保障総覧、1995)のである。

4. ドイツ介護保険制度の概要

1) 基本的性格

介護保健法の一般原則は社会福祉政策の基本に沿って、①予防・リハビリテーションの優先、②在宅介護の優先、③自己決定と自己責任となっている。土田氏によれば(1999)、ドイツの介護保険は健康保険の下に組み込まれており、第1条第2章により、公的健康保険に加入している者は公的介護保険に、民間健康保険に加入している者は民間介護保険に加入することになる。ドイツの健康保険は日本のように皆保険制度をとっているわけではない。公的医療保険では、公務員や軍人・聖職者、所得の高い被雇用者などは加入義務が免除されている。公務員法による医療給付は社会保険原則ではなく、援護原則によっている。また、彼らはより高い医療保障を求めて民間の医療保険に加入している。つまり、民間保険が公的保険を補完している。公的医療保険に加入していない割合は約1割といわれている(「ドイツ社会保障総覧」1995)。

公的医療保険には強制加入と任意加入とがあり、強制加入者は、必ず公的介護保険に加入しなければならないが、任意加入者は民間の保険会社の介護保険に入ることを選択することができる。

一方、民間健康保険に加入しているものは、要介護リスクに関しての保険契約を同じ保険会社と結ばなくてはならない。また、民間の保険会社は公的介護保険と同じ水準の内容を用意し

なければならないという義務がある。加えてその他の、民間医療保険のように要介護リスクを考慮した保険料の設定や要介護者を除外することは出来ない事になっている。つまり、民間保険会社が提供するにもかかわらず、実態は公的保険の性格を持つことが要求される。

公務員などは、全員民間介護保険への加入が義務づけられており、さらに鉄道と郵便は民営化されることになっているが、やはり民間介護保険への加入が義務づけられている。

介護保険のシステムは公的介護保険と民間介護保険によって全国民を対象としているが、給付限度額があるために、それだけでは不十分な場合も多い。その場合、民間の保険会社が販売している介護保障サービス商品を個別に購入することも可能である。

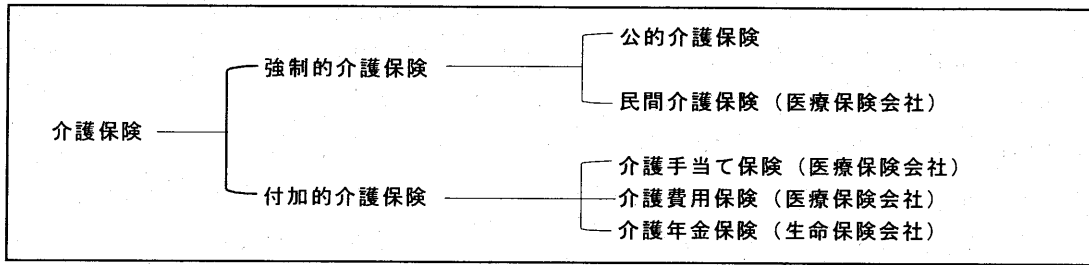
また公的健康保険の保険者は組合管掌方式による8種類の疾病金庫(Krankenkasse)が担当しており、公的介護保険の保険者も兼ねる事となった。介護保険の保険者は介護金庫(Pflegekasse)であるが、独立した法人として疾病金庫の中に置かれ、財政も疾病金庫とは別であるが、疾病金庫の職員が介護金庫の業務も行うこととなっている。

2) 保険者と被保険者

①被保険者の範囲

公的介護保険の被保険者は公的健康保険に加入している者となる。健康保険への強制加入の資格を持つ者は、所得が保険加入限度額以下の労働者と職員、失業者、自営農林業者とその家族従事者、芸術家および著述家、職業訓練中のもの、障害者福祉施設で働く障害者、リハビリ給付の受給者、大学生および職業教育の実習生、年金受給者、早期退職手当受給者などである。18歳未満の子供は家族被保険者として公的介護保険のメンバーである。ゆえに公的介護保険の被保険者では青年層も含めすべての年齢層が対象である体系になっている。但し、乳幼児については、他の子供と異なるケアが必要な場合に介護保険の適用を受けることができる。

図表—2 ドイツの介護保険システム



出所) 土田武史「ドイツの民間介護保険」 『週刊社会保障』 No.1979 より

② 保険者

基本的性格のところでも述べたように、公的介護保険では保険者は疾病金庫の中に独立に置かれた介護金庫が担当する。疾病金庫（旧東西ドイツ両地域の合計）は地区疾病金庫（18、1998年の数字、以下同じ）、企業疾病金庫（494）、同業組合疾病金庫（47）、農業疾病金庫（21）、労働者代替金庫（9）、職員代替金庫（13）、海員疾病金庫（1）、連邦鉱夫組合（1）の8種類になっている。それぞれの介護金庫は保険料収入の中での介護給付を行うが、もし赤字になった場合は相互に財政調整をすることができる。しかしその場合、国庫からの援助はなく、保険料収入の範囲内での運用が期待される。

強制的民間介護保険では保険者は民間保険会社であるが、加入者を選択することが禁止されているため、共同で「介護プール(Pflege-Pool)」を設立し、要介護リスクを回避し、保険料も一律になるようなシステムになっている。

3) 介護認定

介護認定は先ず本人又は代理人から介護金庫へ申請を行う。申請を受けた介護金庫はMDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 医療保険メディカル・サービス、疾病金庫連合会が設置) に委託して、要介護に関する調査ならびに審査を行う。MDKは開業医でない医師を中心に介護専門職も加わり、訪問調査の上、①申請の諾否、②要介護度認定、③補助具、リハビリ計画、住居改革案など介護プランの提案を行う。ただし必要に応じて他の専門職も審査に参加することができる。その際、介護給付

よりもリハビリテーションが優先される。すなわち審査に際して、サービス給付よりもリハビリテーションが効果があると認められる場合は即リハビリテーション運営機関に連絡するか、暫定的にリハビリテーション措置を行う。

審査結果は介護金庫に報告され、介護金庫はそれに基づいて要介護認定、介護サービス給付を決定し、申請者に通知する。決定には不服を申し立てることができ、さらに再審査に不服の場合は社会裁判所に提訴することができる。

訪問調査は、1名の調査員が、実際に家庭を訪問し、本人の状況や家庭の状況、介護の現況、住居の状態などを調査する。MDKは訪問調査のために資料を収集したり、家庭医からの情報を収集する権限を持つ。施設調査も在宅調査と同様に行われるが、施設入所が必要か否かの判定も必要である。介護時間も施設での介護時間ではなく、在宅での介護を想定して判定する。

強制的民間保険では、「メディックプルーフ (Medic proof)」という民間医療保険連合会の関係機関が審査する。審査員は約1000人であり、主として開業医が副業として有料で訪問を含めた審査を担当している。認定基準は公的介護保険と同様である。

4) 要介護者と要介護度

要介護者の定義は松本氏（1998）によれば、「疾病または障害のため、日常生活を送る中で日常的かつ規則的に繰り返される活動を行うのに継続的（最低6ヶ月に相当）またはより多くの援助を必要とする者」となっている。すなわち障害があるからといって、即要介護認定がなさ

れるわけではない。日常生活における援助の内容は図表-3のとおりである。1. から3. が基本項目であり、4. は特別項目として追加になっている。要介護者であるかどうかの認定はかなり厳しく、要介護状態が6ヵ月以下の場合、1週間のうち援助を毎日必要としない場合、並びに社会参加や文化生活のための援助などは認定されない。

要介護度は当初3段階に分けられた(図表-4)。要介護度1から3(特に過酷介護と言われる)までであるが、導入後、施設(特別養護老人ホームなど)において要介護度1より低いと

みなされる人々が継続して在所できるように設けられた段階が要介護度0である。また要介護度3(特別重度要介護者)は1つの介護金庫につき3%と決められている。

それぞれの要介護段階で身体介護、食事、行動の分野での援助の必要性の頻度と、家事援助の必要性とが考慮される。平均介護時間は要介護度1で90分、2が210分、3が300分である。一般的に必要な介護時間は要介護度1で毎日1.5~3時間、要介護度2が3~5時間、要介護度3で5時間以上と言われている。

図表-3 生活援助の必要分野

1. 身体衛生	洗顔、入浴・シャワー、歯磨き、洗髪、整髪、爪切り、ひげそり、排便、排尿、など
2. 食 事	食べ物を食べやすく調理する事、食物を食べさせること、など
3. 行 動	起床、就床、衣服の着脱、起立、歩行、階段の昇降、外出と帰宅、など
4. 家 事	買い物、料理、掃除、食器洗い、選択、暖房、など

(出所) エイジング総合研究センター「高齢化先進国における福祉財政の動向」 1997

図表-4 要介護度(当初)

要介護度	該 当 要 件
要介護度1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相当の介護を要する者 ・ 身体介護、移動、食事で1ないし複数の分野に該当 ・ 各分野最低2つの活動に障害 ・ 毎日最低1回の援助が必要 ・ 加えて週に何回かの家事援助が必要 ・ 一日の身体介護時間が最低45分以上 ・ 週介護時間の一日平均が最低90分
要介護度2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重度要介護者 ・ 身体介護、移動、食事の分野 ・ 毎日最低3回の援助が必要 ・ 加えて週に何回かの家事援助が必要 ・ 一日の身体介護時間が最低120分以上 ・ 週介護時間の一日平均が最低3時間
要介護度3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最重度(過酷)要介護者 ・ 身体介護、移動、食事の分野 ・ 毎日、夜間を含めて24時間体制の援助を必要とする。 ・ 加えて週に何回かの家事援助が必要 ・ 一日の身体介護時間が最低240分以上 ・ 週介護時間の一日平均が最低5時間(その他特に過酷なケース)

(出所) エイジング総合研究センター「高齢化先進国における福祉財政の動向」、松本勝明「社会保障構造改革」より作成。

5) 介護サービスの給付

介護サービス給付は在宅介護、施設介護に対して現物給付または現金給付の形で行われる。介護給付原則は、①質の確保、②要介護者の活性化（自律志向）、③コミュニケーションの確保、④経済性の原則、⑤リハビリテーションの優先、⑥在宅介護優先、⑧自己決定と自己責任、である。これらは、要介護者が在宅で生活できるような介護給付を目指しているとともに、給付内容が援助の必要量をすべて満たすわけではない事から、自律した生活を送れるようにできるだけ自助努力をする事が求められる。また、単身の在宅要介護者が孤独に陥らないように気を配る事も求められる。さらに、契約した施設に対しては経済性の審査が行われる。

現物給付の上限ならびに現金給付額は決まっている。要介護度1・2は6ヶ月毎、要介護度3では3ヶ月毎にMDKによる審査を受けなければならない。介護報酬はサービスの内容と時間による出来高払いであり、介護金庫に請求する。また、現物給付が規定の限度額を超えた場合は、サービス受給者の自己負担となる。

在宅の現物給付はソーシャル・ステーションの介

護要員が実施するが、支払いは介護金庫が行う。現金給付（介護手当て）は在宅介護の場合に支給され、家族等が要介護者の介護を行う場合、要介護者本人に支払われる。介護者への報酬はそこから要介護者が支払う。家族等が全日介護できないときは現金給付と現物給付を組み合わせ受給することも可能であるが（例えば現物給付から2/3、現金給付から1/3）、この組み合わせは6ヶ月は変更できない。また、介護者である家族などが病気や休暇などで一時的に介護ができない場合は代替介護として費用が支給される。

施設入所は、家族介護者がいない場合や重度で家族で介護できない場合で、介護金庫が入所を認めた者が入所できる。但し、利用者は介護施設を選択する事はできる。介護金庫は月額限度まで費用を負担する。給付額では月額2800マルクであるが、特に過酷な場合は月額3300マルクまで負担する。ただし年額3万マルクを超えてはならない。

限度額を超えたサービス、ならびに宿泊および食事の費用は本人負担となる。また、施設入所を介護金庫が認めなかった者が入所した場合は、要介護度に応じた在宅介護費用相当額が給付額である。

図表—5 給付の種類 (1995.4 単位：マルク)

	要介護度1	要介護度2	要介護度3
現金給付 (月額)	400	800	1300
現物給付 (月上限額)	750	1800	2800 特に過酷 3750
部分的施設介護 (月上限額)	750	1500	2100
ショートステイ (1年間に4週間まで、年額)	2800	2800	2800
代替介護 (年4週間まで、年額)			
介護専門職	2800	2800	2800
家族その他	400	800	1300
完全施設介護 (月ごと)	2000	2500	2800 特に過酷 3300
介護補助器具 消耗品 消耗品以外	~60 10%自己負担。1器具あたり500マルクまで		
住宅改造補助	1改造あたり5000マルクまで		

出所) エイジング総合研究センター「先進諸国における福祉財政の動向」(1997)、ならびに土田武史「介護保険の創設とその後の展開」(1999)より。

注) 1マルクは現在60円前後であるが(2000年2月)、購買力では100円くらいである。

これまでの施設では、公的といえども全額自己負担が原則であり、利用料も年金の約2倍と高額であった。そのため、本人や家族が負担できなくなると生活保護等の社会扶助を受けないと入居し続ける事ができなかった。介護保険の成立は、このような状態から、入居者の権利が確保できた、家族などの負担が減るなどのメリットがある。

強制的民間介護保険では、給付水準は公的介護保険と同様であるが、現物給付ではなく、すべて現金給付、償還払いとなる。

6) 在宅介護者の社会保障

家庭で介護をする者(家族、親族、隣人、友人など)については、介護者と要介護者との間に就労関係があるとみなされ、年金保険や労災保険の対象となる。年金では、介護期間を年金保険の加入期間とし、介護金庫が要介護度と介護量に応じて定められた保険料を負担する。労災保険では保険料の負担は市町村である。また、介護者が職業生活に戻るときには、雇用保険から職業訓練サービスを受けることができる。

7) 介護サービスの提供

介護金庫はソーシャル・ステーションや、介護施設などと介護サービスの供給について契約を締結する。介護報酬は介護金庫とサービス提供機関との間の交渉で決められる。州によって給付水準は異なるが、それぞれ18~20種類の給付パッケージが用意され、点数または価格を決定する。給付パッケージは基本給付項目や家事援助項目とそれらの組み合わせからなる。給付は在宅介護、施設介護両方に実施されるが、原則的には在宅介護優先となっている。

ソーシャル・ステーションの役割は、①ケア・プラン、治療プランの作成、②家庭医との連絡、③記録、④サービスの提供、⑤介護の目的と結果評価、⑥コントロール、⑦財産相談や社会福祉事務所などとの連絡、となっている。施設でも同じような役割があるが、現実には相談の約7割が財産関連事項と言われている。

注) ソーシャル・ステーションの役割は医療保険の下の訪問看護、在宅介護支援サービス、家事援助、関係機関との連絡、相談、情報提供など総合的なサービスを提供している。介護サービスの供給は、こ

れまでは民間非営利の福祉社団体が中心になって行ってきた。しかし公的介護保険制度では、民間企業の参入が促進され、市場競争によって質の確保を図ろうとしている。確かに入所施設では民間団体の参加が増えているが、在宅では約8割が現物給付より現金給付を選択した結果、逆にソーシャル・ステーションなどが減少傾向にある。

8) 費用負担と保険財政

①保険料について

介護保険の費用は保険料収入で賄う事になっている。保険料は1995年1月1日から徴収され、保険料率は1%であった。1996年7月からは施設給付が開始されるので、率は1.7%となり、今日に至っている。

保険料は疾病金庫に納められ、その後直ちに、介護金庫に転送される。保険支払額は収入が上昇するにつれて上昇するが、算定基礎の収入上限額は医療保険と同じである。保険料の半額は使用者負担であるが、国民の祝日を1日減らす事で折り合いをつけた。民間保険加入者は全額保険料を負担する。また年金受給者は、保険料の半額を年金保険が負担する事になっている。さらに、最低限度額以下の収入であれば保険料は免除される。但し、強制疾病保険の任意加入者は、月収の最低限度額が高く設定されている。

強制的民間保険では定額保険料となり、年齢に応じて負担する。但し加入して5年後には公的介護保険の保険料の上限額を超えないように決められている。雇用者の労使折半も、公的介護保険と同様であるが、上限については、公的介護保険の使用者負担の最高額を超える分が自己負担となる。

②保険財政について

保険財政は、給付費が保険料収入を超えないように運営する「保険料安定原則」が義務づけられている。各介護金庫の収入は全金庫の収入として集計され、それぞれの介護金庫の支出額に応じて分配される。強制的民間保険でも同様に、「介護プール」で財政調整を行う。施設に関しては投資的経費は州が責任をもつ二元財政方式となっている。もし投資的経費が公的補助で賄えない場合は、要介護者が負担する。州政府は介護保険制度の導入で高齢者施策に対する負担が軽減される社会扶助費の中から、介護基盤の整備にまわさなければならない。

5. 日独介護保険制度の比較

1) 日本の介護保険制度の成立まで

日本における介護保険制度が議論の対象になったのは古い事ではない。介護の悲惨さについては有吉佐和子の「恍惚の人」が代表とされるが、親の介護は日本においてもやはり家族内の問題であり、中曽根首相の時代の厚生白書には、「家族は介護の資産である」と記述されている。しかし、「高齢社会を考える女性の会」の代表の樋口恵子氏や「惚け老人を抱える家族の会」などが、家族介護が限界にきている実情を訴え、介護の社会化を求めていった。

一方、要介護高齢者が帰るところがないために病院に入院しているという社会的入院が老人医療費を圧迫する要因の一つとして問題になっていた。つまり、上昇する医療費削減の為に医療と福祉との分離を必要としたのである。

先ず基本的な議論は、税方式・社会保険方式のいずれを選択するかという事であった。当初は税法式によって、現行の社会福祉制度の延長上で高齢者介護の問題を解決していく方向も考えられたが、税負担、特に福祉目的税としての消費税構想が失敗している事によって、財源確保の問題点があった。つまり、国民の意識として消費税の値上げには反対が多いと思われたからである。また、社会福祉に対する偏見も根強く、福祉の世話にはなりたくないという考えが、介護問題の解決を困難にしていた。これらの議論の中で、各国の高齢者介護政策が研究され、特にドイツの介護保険制度が注目されていった。

1994年9月には社会保障制度審議会より社会保障将来像委員会第2次報告が作成され、その中で社会保険方式による公的介護保険制度創設が提唱された。その後2年余の審議を経て、公的介護保険制度は1996年12月に国会に上程され、1998年12月に成立した。1999年10月には介護認定が開始され、2000年4月1日から施行される事となった。その間数々の修正が為され、当初の案とは異なった部分も多く、また保険料など細かい重要な事項について2000年1月になってもまだ未確定な部分があった。一次判定プログ

ラムの不備等も明らかになり、準備不足のまま実施となった。

2) 日本の公的介護保険制度の基本的特徴

日本の公的介護保険制度の基本的特徴は以下にまとめられる。第一に、社会保険システムの導入により、保険料の支払義務とともに介護サービスの受給権が発生し、介護の社会化を図る事ができる点である。これは、福祉の世話にはなりたくないという意識が老人介護などの介護の現場をより過酷にしている現状を打開しようというものである。第二は、福祉の分野に競争原理を導入する事によって福祉サービスの質の向上を図る事である。これまでは、措置制度により収入は確保されてきた事から、サービス提供者のマネジメント意識が薄く、サービスの質の向上に中々結びつかなかったからである。第三は社会的入院をなくす事によって、医療費でカバーされていた福祉部分を分離し、老人医療費の削減を図る事である。第四は、自律と自助努力を国民に促す事である。保険料負担という世代間だけの助け合いでなく、介護サービスの利用にあたっては費用の1割を自己負担するなど世代内でも助け合う事になる。また、被保険者は、できるだけ自律して生活できるよう努力する義務を負う。第五に、地方自治体の個別運営が主となるが、基本原則をはじめとして多くは中央政府が作成する。第六に、利用者の選択の自由を確保することである。これまでは、「措置」という言葉が示すように、利用者の選択ではなく、行政の指示によってきたが、競争原理や契約主義の導入と共に利用者の選択権も確保する必要があるからである。

以上のように、介護保険制度の目的は、これまでの日本の政策と異なり、自助努力を国民に促がし、競争原理の導入によって活性化を図る事である。言い換えればドイツの社会保険制度と北欧三国の介護水準、アメリカの市場原理による資源配分の適正化の三つを同時に達成しようとするものである。

図表—6 日独介護保険比較表

項目	ドイ ツ	日 本
1. 保険者	介護金庫(民間は保険会社)	市町村またはその連合体
2. 被保険者	公的健康保険加入者(民間は民間介護保険加入者)であり、年齢制限はない。	40歳以上 第一号：65歳以上、 第二号40～64歳
3. 給付対象	すべての年齢が対象であるが、若年障害、精神障害、先天的の障害をもカバーする。乳幼児は障害がある場合のみ。	原則として65歳以上。但し、加齢が原因と見られる疾患の場合は40歳以上でも対象となる。
4. 保険料	当初は総所得の1%。1996年7月1日より1.7%。被保険者の子供および配偶者は一定の収入以下は免除	65歳以上：所得段階に応じた定額保険料。40歳以上：医療保険の賦課方式に基づいて設定する。40歳以上の被扶養者は免除
5. 企業負担	国民祝日を1日削ることで労使折半となる。年金受給者は年金保険より半額負担。	労使折半となる。組合健保では協定で雇用主の負担割合を重くする事もできる。
6. 財 源	保険料収入。但、介護金庫間で財政調整が行われる。	保険料収入と租税の混合方式
7. 利用者負担	無し	利用額の1割を自己負担
8. 要介護度	要介護度1～3、過酷介護。この他に施設認定で要介護度0が設けられた。	要支援、要介護度1～5
9. 介護認定	第三者機関であるメディカル・サービス(MDK)のみが行う。	市町村の第一次判定を経て、かかりつけ医の意見書をもとに介護保険認定審査会が認定
10. 介護認定調査	3つの部文に分けられる。調査部分(項目1から4)、評価部分(項目5、6)、勧告部分(項目7から9)。各項目ごとに細目がある。	疾病項目12を含む85項目
11. 給付内容	在宅給付(現物給付、現金給付)と施設給付がある。また、現物給付と現金給付を組み合わせることもできる。また、介護と医療は厳格に区別されている。	原則は現物給付。有資格者が家族介護をする場合は条件付きで現金給付が可能。一部の医療行為も介護保険でカバーされる。
12. 給付額	上限を設ける。現金給付は月額。	上限を設ける。
13. 親族介護者への給付	労働者として擬制し、年金保険の半額を介護金庫が負担。労災保険、失業保険からの援助もある。	介護者への慰労金10万円(但しサービス受給を受けない場合)
14. サービス提供者	非営利の福祉6団体が中心であったが、民間営利企業の参入を促進している。	都道府県指定居宅介護支援事業者ならびにサービス業者(施設)が行う。法人にかぎられる。
15. ケア・プラン作成	MDKがケア・プラン案を提出するが、ほとんどの州では各サービス提供機関や施設が訪問調査をした上で作成。	ケアマネジャー(指定居宅事業者または施設に所属)が作成する(作成報酬あり)。利用者本人や家族が作成してもよい。
16. ケアマネジャーの問題		ケアマネジャーは指定居宅支援事業者または介護施設に属する。

3) 介護保険制度の日独比較

図表—6は日本とドイツの公的介護保険制度の主要点を比較したものである。これを見ると、ドイツの介護保険を参考にはしているが、多くの点でドイツとは異なっている

①被保険者・保険者の範囲 一番大きな相違点は、ドイツの介護保険制度の被保険者の範囲に年齢制限が無く、高齢者以外の障害者も対象にしている点である。それは、ドイツの要介護者の定義に関係する。ドイツでは「身体的、精神的または情緒的な疾病また

は障害のため、日常生活を送る中で日常的及び規則的に繰り返される活動を行うのに、継続して最低6ヶ月またはそれ相当以上の援助を必要とする者」となっている。もちろん介護保険制度からの給付は限界があるので、それ以外は社会扶助制度で補完している。

日本では、要介護者とは「65歳以上で要介護状態にある者」となっているが、保険料を徴収する関係から受給権の発生する40歳以上の者で、「加齢に伴って発生する心身の変化に起因する疾病によって要

介護状態にある者」も要介護者と認められる事になっている。もちろん日本においても当初の案では被保険者の範囲は20歳以上であり、すべての障害者をカバーする内容であったが、高齢化の進展速度を考慮し、高齢者対策のみに絞られてしまった。64歳以下の身体的・精神的障害者の総数は平成7年並びに8年の厚生省調査から見ると全人口の約1.7%に過ぎないし、ドイツも同じような割合である。ドイツと同様に、老年疾患以外の要介護リスクを考慮しながら公平性や単一性の視点から見た議論が日本でも必要である。

また、保険者についても、ドイツは介護金庫、日本は市町村(またはその連合体)であるが、日本では保険料・租税二元財政方式をとっているため、保険者の独立性の範囲が狭くなっている。実際に、制度の細部が中々決まらない事に対して、「厚生省で決めてないから」というエクスキューズが多く、当初意図した市町村の自主独立運営がこれまでの3割自治の馴れ合いから抜け出せない構図が浮かんでくる。

②給付の種類 第2の相違点は日本の給付は現物給付が原則であるが、ドイツでは現物、現金、両者の組み合わせなどどれを選択しても良く、利用者の選択権が制度として保障されている事である。日本では同じように選択の自由を確保すると言っても、サービス提供者を選ぶことができるだけで、ドイツのように受給方法の選択の自由はない。現金給付も条件付であり、その代わり介護慰労金10万円を家族介護者へ支払うという政治決着が計られた。もちろんドイツの現金給付額は現物給付額より低く、安易に現金給付を選択できないような仕組みになっているが、それでも約7-8割が現金給付を選択しており、その現状をもっと分析する必要がある。現金給付を選んだ割合が多いことから、ドイツでは介護労働の需給は今の所、供給超過になっている。

③要介護度の定義 第3は、要介護度の定義である。図表一7~9は要介護度の日独比較である。当初ドイツでは要介護度をもっとも過酷な介護を含み3段階に分けてきた。しかし、介護認定を実施した結果多くが認定を却下され、特に施設入所者に不具合が生じたので、要介護度0を設け、施設入所者に配慮した。また、過酷な介護も要介護度3の上に明確に位置付けた。(図表一9)

同表を見ると、日本では中程度の要介護度の基準が細かく設定されている代わりに、重介護については1日110分以上と1段階になっている。給付上限額が一定であるので、問題はその上限額がどの程度必要介護量をカバーできるかにかかっている。言いかえれば、介護報酬の設定が介護水準を決定してしまう。また、要介護度の基準時間は当初の設定よりも緩和されているが、実際の介護時間とはかなりかけ離れているという批判がある。図表一7, 8は日本の要介護認定等基準時間と判定基準であるが、日本では身体介助、生活介助、リハビリ訓練、一部の医療行為の合計時間を基準時間としている。特にこの認定基準時間の算定には、施設での1分間タイム・スタディ調査(サンプル数3400)の結果得られたデータを基に推計しており、これを在宅に当てはめる事には無理があるといわざるを得ない。

一方ドイツでは要介護認定度0は施設入所者のためであり、在宅の場合は認定却下の中に入ってしまう。つまり、要介護の程度が低い人は自立するか、自身の資産や民間介護保険を使うか、あるいはボランティア活動を頼むかになってしまう。兵役義務の代わりに障害者や高齢者の福祉サービスに従事する若者に頼むこともできるが有料である。但し、重度の要介護者では、最重度の介護と過酷な介護との2段階があり、それに伴って給付上限額も異なっている。

図表一7 介護行為の5分野並びに認定基準時間の推計方法(日本)

直接生活介助	身体に直接触れて行う、入浴、排泄、食事等の介護など。(整容+排泄+食事摂取+入浴+移乗) それぞれの合計
間接生活介助	衣服の選択、日用品の整理など日常生活上の世話
問題行動関連行為	徘徊、不潔行動などの行為に関する探索、後始末などの対応
機能訓練関連行為	下訓練、歩行訓練等の訓練とその補助

資料出所) 厚生省

図表—8 要介護認定等に係わる判定基準（制度発足当初、日本）

介護度	内 容	認 定 基 準 時 間
自 立	支援は必要ない	要介護または要支援ではない
要支援	要介護では泣いだが社会的支援を要する	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、排泄、直脱が自立 ・生活管理能力が低下し時々支援を要する ・放置すれば要介護状態になる恐れがある ・図表—7の5分野の合計時間が30分未満であり、かつ ①要介護認定基準時間が25分以上、または ②間接介助、機能訓練行為の合計が10分以上
要介護度1	部分的介護	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、排泄、衣服の着脱は概ね自立 ・一部に介助・支援を要する。 ・図表—7の5分野の合計時間が30分以上64分まで
要介護度2	中等度介護	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、衣服の着脱はおおむね自立 ・排泄に一部介助を要する ・5分野の合計時間が65分以上99分まで
要介護度3	重度の介護	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、排泄、衣服の着脱に一部介助が必要 ・5分野の合計時間が100分から134分まで
要介護度4	最重度の介護	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状態はさまざまであるが、重い痴呆症状がある ・食事、排泄、着脱に全面介助が必要 ・5分野の合計時間が135分から169分まで
要介護度5	過酷な介護	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返りを打つ事ができない寝たきり状態 ・すべてに全面介助が必要 ・1日中、ベッドの上で過ごす ・5分野の合計時間が170分以上

資料出所) 厚生省

図表—9 要介護度の日独比較

ド イ ツ(2000年現在)	日 本
要介護度0・要介護度1に該当しないが、ある程度介助を必要とする施設入所者	要支援 ・1日30分未満の介護が必要
	要介護度1 ・介護に必要な時間が1日30分から49分まで
	要介護度2 ・介護に必要な時間が1日50分から69分まで
	要介護度3 ・介護に必要な時間が1日70分から89分まで
要介護度1・相当の介護を要する者 <ul style="list-style-type: none"> ・身体介護、移動、食事の3つの分野のうち1つの分野について2つの活動に障害 ・毎日最低1回の援助が必要 ・一日の介護時間が最低90分以上 ・家事援助時間は最大44分まで ・介護者となれるのは一般の人と専門家 	要介護度4 ・介護に必要な時間が1日90分から109分
要介護度2・重度要介護者 <ul style="list-style-type: none"> ・身体介護、移動、食事の分野 ・毎日最低3回の援助が必要 ・一日の介護時間が最低180分以上 ・家事援助時間は最大60分まで ・介護者になれるのは一般の人と専門家 	要介護度5 ・介護に必要な時間が1日110分以上
要介護度3・最重度要介護者 <ul style="list-style-type: none"> ・身体介護、移動、食事分野 ・日中12時間介護と夜間の定期的な介護 ・一日の介護時間が最低270分以上 ・家事援助時間は最大60分 ・介護者は一般人と専門家 	
過酷介護 <ul style="list-style-type: none"> ・最も過酷な介護 ・身体介護、移動、食の分野 ・毎日、夜間を含めて24時間体制の援助を必要とする。 ・日中12時間介護と夜間の定期的な介護。夜間は120分以上 ・一日の介護時間が最低420分以上 ・介護者は介護の専門家のみ 	

④要介護認定中 ドイツの介護保険受給者数は1997年12月では強制介護保険が約120万人、民間介護保険が約6万3千人で両方あわせた受給者数は約127万人ある。1997年の強制介護保険における要介護度別の割合を見ると、要介護度1は47.5%、要介護度2は30.6%、要介護度3が11.9%である。1998年(121万人)の割合は同50.3%、38.4%、11.2%である。民間介護保険の1997年の割合は同45.3%、38.3%、16.4%であり強制介護保険よりも重介護の割合がやや高い認定となっている。また、ドイツの介護認定は厳しく、公的介護保険の却下率は1995年、在宅で34.6%、'96年在宅で28.5%、施設で23.8%、'97年同29.1%、17.5%となっている。それにつれて、異議申し立ての件数も多く、1995年37万件、'96年29万件、'97年16万件となっている(土田武史)。公的保険と民間保険を比較すると民間保険の方が却下率が低く約1/2である。

日本における介護認定は1999年10月から開始されたばかりであるが、認定方法は85項目の訪問調査結果を入力し、厚生省が作成したプログラムによる一次判定を行う。その結果と「かかりつけ医」の意見書を基に介護認定審査会が認定作業を行う。介護認定審査会は市町村に置かれ、医療、保険、福祉関係者5名で1チームを構成している。審査にかかる時間は1件当たり10分位と言われている。必要に応じてチームを増やす事ができる。要介護認定の問題点として、一時判定プログラムの不具合がいわれているが、厚生省は1999年10月に開始された要介護認定の集計結果を公表していない。朝日新聞による調査(2000年3月2日)では要介護認定申請者184.1万人のうち約7割が認定審査を終了し、その結果要介護度3以上が多くなっており(図表-10)、厚生省の予想と異なっている。今まで受けていたサービスが受けられなくなる事を恐れてモラル・ハザードが生じていると言えるかもしれない。

ドイツの要介護度の定義に合わせれば、要介護度0(要支援+要介護度1+同2+同3)が66.2%、要介護度1以上(要介護度4+同5)が28.1%である。厚生省推計では在宅のみであるが、要介護度0が87.4%、要介護度1以上が12.7%となる。今後、厳密に比較するには、日本の介護時間とドイツの介護時間の分類方法を比較することが必要であるが、少なくとも日本の推計ではタイム・スタディ調査が時間よりも回数を重視していたことに問題があるといわれており、改訂が望まれる。

⑤選択の自由の確保 日本もドイツも、公的介護保険制度では福祉サービスにおける選択の自由を確保する事を目的としている。特に日本では、措置制度により、利用者による施設の利用等が不可能であった状況から、利用者の選択と契約という方式に転換しようとしている。

ドイツではもともと社会保障システムの根幹において、選択の自由が強調されている。権利はグヴァンド・テイクであり、個人の自立と自由が原則である。医療保障制度自体、日本のように皆保険制度をとってはいない。そのため、給付内容では、現物給付、現金給付、あるいはそれらの組み合わせから選択する事ができる。選択した結果の責任は当然その本人が負う事になる。しかし、日本では、現物給付のみであり、その結果給付サービスの利用に際し、実質上提供機関を選択する事ができない。何故ならばケア・プランはケアマネジャーが作成するが、ケアマネジャー自体、指定サービス提供機関に属さなければならないので、すべてのサービス利用が一つの提供機関にならざるを得ない。現金給付を選ぶ事ができれば、サービス事項それぞれについて異なった提供機関を選択する事が可能であるが、日本ではそれもできない。

また、ドイツではMDKがケア・プランを作成するが、その利用については規定に定めておらず、実

図表-10 要介護度の割合

(単位: %)

要介護度	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
朝日新聞社 集計	5.6	12.3	23.5	16.8	13.6	15.0	13.1
厚生省推計 (1)	—	24.2	36.2	16.4	10.6	7.3	5.4

注1) 在宅の要介護者の出現率

際はソーシャル・ステーションやサービス提供機関がケア・プランを作成する。特にソーシャル・ステーションでは介護のみならず看護、家事援助、相談、行政など他の関連組織との連絡など総合的に調整を行いながらサービスを実施する。訪問調査は専門家であるステーションの所長が行うが、ケアマネジャーという個人にケアプラン作成を任せるのではなく、機関として作成する。利用者は最初に、ケアプラン作成を含めてどのサービス提供機関に依頼するかを決める事になる。ドイツの場合は個人のケアに係る事項以外に、総合的に問題を解決できるようになっているので、非常に効率的である。日本においては、ケアマネジャーが中心となっており、選択の自由を確保されているように見えながら、選択肢が用意されていないし、介護以外の事を含めて総合的に相談する所が少ないなど様々な問題がある。

さらにドイツでは介護報酬額については法律では基準を定めていないため、提供機関と介護金庫との交渉による事から、各州で給付金額の範囲内でのサービス提供量は異なってくる。日本では、介護報酬はもとより、一次判定プログラムを始め多くが厚生省の決定事項あるいは基準作成事項になっているため、地方自治体に実施の責任があるにも関わらず、裁量の余地が少ない。そのため、地方自治体の独立性を促がすのではなく、依然として中央政府への依存性を強く残している。福祉分野への市場経済システムの導入を目指しながら、実態は変わらず、「中央政府のコントロール下にある自由」という性格がなくなったわけではない。

6. 今後の課題

日本とドイツの介護保険制度を比較して見ると、システムはもちろんであるが、やはり社会を形成している価値観が充分確立しているか否かが制度としてのロバストネスに大きく影響し、人々の制度への信頼性に相違が生じてくることがわかる。その意味で、日本では競争原理やそれを支える「自由」という概念について、根本的な価値観にまで遡って議論することなく、技術的な問題に議論が終始してきた結果、政治的な決着が幅を利かせ、システムへの信頼性が揺らぐという結果になった。

ドイツでは施行から5年経った現在中間報告も含めて様々な評価が為されているが、原則的にはおおむね良い制度であるとの認識が一般的である。但し、介護金庫の財政については、1995年約56億マルク、1996年約80億マルク、1997年約87億マルクの黒字であったが、1998年度には始めて赤字に転落した（ドイツFOCUS紙2000年1月17日号）。今後保険料率の見直しも議論となってくるであろう。また、賦課方式の見なおしの議論も根強い。さらに、痴呆性老人の問題がある。保険対象を日常生活上の援助に重点を置いた結果、痴呆性老人が要介護度0に評価され、サポートを受けられなくなったり、格下げの中には寝たきり老人が含まれるという現象が生じている。

日本では、2000年4月から実施されるので、問題点は現在の所介護認定、ケア・プランの作成などに集中しているが、今後様々な問題が顕在化してこよう。但し、介護保険制度についての広報が十分でないところから、事前調査などで推計されていた要介護人口より申請数が少ないので、作業上はあまり混乱は見られない。しかし、運営上介護報酬が中々決まらず、そのため保険料が明確でないなど施行間際まで不確定要素が多かったことから、しばらくは混乱が続くと思われる。また、これまで受けてきたサービスと同じ量と質が確保できるか明確ではないので、現場では要介護度を重く見積もる傾向も見られた。サービス利用の内容についての調査分析も課題である。

今回介護サービスの内容については言及していないが、両国とも、介護時間と介護の質の問題は指摘されており、今後も引き続き検討を重ねる必要がある。質を確保する為に、QOLを向上させる為には日常生活、精神生活をも含めた人々の生活を公的保険、自費、福祉制度、ボランティア活動、家族や友人などでどのように分担し、サポートしていくか、また高齢者の個人差をどのようにカバーしていくかが議論される必要があろう。

特に日本では、医療・保険・福祉の連携の下に、要介護者をチームで見る事の効率性を真剣に考える必要がある。そのチームには法律家も加わり、ケアマネジャー一人が、ケア・プランを作成するケア・マネジメントではなく、1人1人の事情にあわせたケース・マネジメントの展開を考えるべきである。

引用・参考文献

1. 足立正樹 『現代ドイツの社会保障』 法律文化社 1995
2. 足立正樹編 『各国の介護保障』 法律文化社 1998
3. 池田省三 「ドイツ介護保険の現在―日独の制度比較」 1999 www.kaigo.or.jp/deutsch.html
4. 石田一紀・住居広士 『納得できない要介護認定』 萌文社 1999
5. (社) エイジング総合研究センター 『高齢化先進国における福祉財政の動向』 1998
6. 岡嶋道夫 「ドイツの介護保険(メモ)」 1998 www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m402.htm
7. 岡嶋道夫 「ドイツの公的医療保険と医師職業規則」 信山社 1996
8. 京極高宣 「介護保険の戦戦略」 中央法規出版 1997
9. クラウス・メックス・アンドレア・シュミット 『ドイツ介護保険のすべて』 筒井書房 1995
10. 厚生省 「介護保険―関係法令集」 ぎょうせい1999
11. 厚生省 「厚生白書」 平成8年版 1996
12. 柴田嘉彦 『世界の社会保障』 新日本出版社 1996
13. 手塚和彰・ベルント・フォン・メイデル編 『高齢社会への途』 信山社 1998
14. 土田武史 「ドイツの長期ケアと介護保険」 『海外社会保障情報』 No.104 1993
15. 土田武史 「ドイツの介護保険法―背景、概要、意義」 『季刊・年金と雇用』 No.59
16. 土田武史 「ドイツにおける民間介護保険の役割」 『海外社会保障情報』 No.122
17. 土田武史 『ドイツ医療保険制度の成立』 勁草書房 1997
18. ドイツ連邦労働社会省編 『ドイツ社会保障総覧』 ぎょうせい 1993
19. 古瀬徹・塩野谷祐一編 『先進国の社会保障―ドイツ』 東京大学出版会 1999
20. マーガレット・ディーク 「西ドイツにおける社会的老人介護」 『老人介護の国際比較』 中央法規出版 1991
21. 松本勝明 『社会保障構造改革―ドイツにおける取り組みと政策の方向』 信山社 1998
22. マンフレ・ピーナント 「ドイツ／介護保険制度について」 『世界の福祉』 No.36 1995
23. 本沢巳代子 『公的介護保険―ドイツの先例に学ぶ』 日本評論社 1996
24. BMA Azhlen und Fakten zur Pflegeversicherung 1999.5
25. IWD, Informationsdienst IWD-Pflegeversicherung, 1999.1.14
26. M, Eckert, Die Pflegeversicherung-Ein Arbeitbuch zur Begutachtung für Betroffene und Ärzte, Medizin & MedTech Verlag
27. DKV, soziale Pflegeversicherung, 1995