九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

認知症の人の在宅生活への社会的支援: ドイツ二〇〇八年介護改革を巡って

豊田, 謙二
熊本学園大学社会福祉学部 : 教授

https://doi.org/10.15017/20595

出版情報：法政研究. 78 (3), pp.567-587, 2011-12-20. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

認知症の人の在宅生活への社会的支援

――ドイツ二〇〇八年介護改革を巡って――

豊田謙二

序
1　老人ホームで認知症のある人が暮らす
2　認知症と施設ケア
3　認知症―偏見と差別の歴史―
4　在宅介護と二〇〇八年介護改革
（1）二〇〇八年介護改革
（2）在宅ケアへの支援強化
結び

序

先進工業諸国が少子化に伴う高齢化に見舞われるのは、スカンジナビア諸国、たとえばスウェーデンでは一九七五年には六五歳以上の高齢者比率が一四％に達する。その後、日本・ドイツ、そしてイタリアが一九九〇年代の半ばに一五％を超える高齢化率を記録する。高齢化を念頭に据えた年金保険の改善などとともに、世話・介護を要する高齢者への生活支援を組み合わせることが重要な課題となったのは当然である。

一九九四年にドイツは介護保険法を制定し、施設介護を翌年の九五年から、在宅介護を九六年から実施する。日本はそれをモデルとしつつ、二〇〇〇年に介護保険法を施行する。介護保険制度は、介護保障を社会保険方式において実施するものであり、ドイツや日本などがその事例である。他方で、スカンジナビア諸国やイギリスなどでは税方式が採用されている。

加えて、長寿化や高齢化は認知症のある人の増加を伴っている。とくに、八〇歳以上の高齢者では、認知症の出現率が四人に一人、あるいは三人に一人とも言われている。本稿においては、とくに認知症のある人の生活を取り上げるが、その理由は、①「ケア」を身体介護中心のケアから新しいケアへと転換することが要請されていること、②したがって、その転換を支える新たな社会的支援の枠組みが求められること、③その大きな転換がさらに新たな地域ネットワークの形成を促すこと、こうした連携し重層的な支援の地域づくりに立ち会うことが私たちの責務、と思うからである。

さらに、在宅での生活の継続が認知症のある人にとっても重要な課題であり、場合によっては認知症のある人が一人暮らしを続けることをも可能とする、そうした支えが課題になろう。在宅で認知症のある人を支える、という方式においてはドイツの近年の介護保険改革が一つの実践例を提供している。「二〇〇八年介護改革」[1]を参照するのはその理由からである。

認知症のある人を在宅においてケアするのはだれか、ではケアする人をどのように支えるのか、現状ではドイツでも日本においても正解は得ていない、と私は思う。だがドイツでは、その点に関しては「親族介護者」への金銭給付を制度化して、家族による介護への支援を強化していることに注目したい。その方式自体でさえ問題含みであり、改めて、普遍的な課題と設定しつつ、その課題に向けた試行的考察を本稿での主要な課題としたい。

さて、認知症ケアに関する経験の蓄積と専門的研修を継続しているのは、認知症のある人の生活施設あるいは通所施設である。またここには、「ケア」の旧文化も新文化も併存している。そのことは日本においてと同様に、ドイツでも状況は変わらない、と私は思う。それはそうであろう。現在において初めて、「旧」と「新」とを分かつ基準や方法が提案されている状況にあり、今後も多くの人のケアの経験が積まれながら、現場でのケア過程における協働の先に、その新文化のケアのありかたが提示されることであろう。

そこでまず、施設での認知症のある人に対するケアの現況を、二〇〇七年のドイツ連邦政府の調査報告書に依拠しつつ検出してみたい。

なお一点、「ケア」という重要な用語の使い方について、一言付しておきたい。本稿では、ドイツの介護保険での給付においては、「Pflege（＝介護）」および「Betreuung（＝世話）」の用語が使用されている。区別すべき必要の際には上記のように訳し分け、その必要のない場合や一般的に実践を指す場合には「ケア」と表現する。

1　老人ホームで認知症のある人が暮らす

在宅における生活の継続ができなくなると、老人ホームへの入所、という選択肢がある。認知症のある高齢者自身の望みではないが、日本でもドイツであっても住み替えの一つである。だが老人ホームとは言ってもその違いは非常に大

きい。ドイツの「老人ホーム」、そのドイツなりの特性をここで伝えることができればいいのだが、仔細な説明になれば本稿のテーマから遠のく。だが、在宅での生活を考察するには、老人ホームがその住み替えの対象選択肢になるだけに、どうしてもその議論から外せないのである。そこで最低限の予備的考察を基に先に進めることにしたい。

老人ホームは、障害者の「Heim（＝ホーム）」などの一種であるが、社会保険法などが含まれる「社会法典」にではなく、「民法典」に置かれている。つまり、「ホーム」への入所は一般的なマンションなどの居住施設の賃貸契約と変わらないのである。

だから、ホーム利用者は「Einwohner（＝居住者）」と表現されている。ホーム所有者と居住者との関係は市場での契約に基づく賃貸関係であり、入所にあたっての制限は存在しない。要介護者であれば介護サービスについては介護保険の給付が対応するが、その他の費用はすべて自己負担である。だが、居住コストを支払えない居住者には「Sozialhilfe（＝社会扶助）」、日本での「生活保護」、を活用できる選択肢がある。私たちの調査インタビューの結果では、老人ホームによってはその居住者の二〜四割がその受給者である。

日本の特別養護老人ホームに近いのは、ケア付き老人ホームである。日本のホームとドイツのそれとどこが違うのか。前者の法的根拠は老人福祉法、後者は民法、その点はすでに述べた。前者には生活上のケアという管理が、後者には在宅に継続する生活の自由と必要に応じたケアが準備されている。介護保険制度導入に先立って、「Heimgesetz（＝ホーム法）」の改正を巡る論争が展開された。この論点、つまり「ホーム法」は社会法かそれとも民法に置くべきなのか、かの重要議案として、ドイツ法曹学会や学会誌で論議されたのである。結論は「民法典」、つまりケアへの依存的生活ではなく、在宅生活の延長としての自由が保障される民法典への編入が踏襲されたのである。(2)

調査結果の吟味

二〇〇七年の一一月に、家族・老人・女性・青年連邦省が重大な意義を有する一冊の報告書を公刊した。表題は長く、しかもその報告書は三四五頁の大部に及ぶ。だが、その主題を伝えるために、表題については以下にそのすべてを掲げたい。曰く、「統合的な最終報告 ―― 施設介護での自立的生活の可能性と限界（ＭｕＧＩＶ）―認知症・親族・そして自由意志の、たとえば〈良い実践〉のような援助の状況―」（以下、「最終報告」と略記[3]）。

この報告書は「施設介護」全般を調査対象とするものであるが、本稿ではとくにそのなかでも、認知症ケアに関する調査結果に注目する。その結果がその後の「二〇〇八年介護改革」での認知症ケアの強化に反映されているからである。

① 施設居住者のなかで認知症のある人がどの程度の割合で生活しているのか、まずその点が気にかかる。というのも、ドイツでの施設インタビューにおいて、認知症の人が増えた、という声を随時耳にするからである。つまり、在宅での生活が続けられずに施設への入所に至る人が増えているわけである。

ドイツの介護保険での要介護認定は三段階に区分され、要介護度の低い介護度1は、日本の介護保険での要介護度3に相当する。つまり、ドイツの介護保険給付は身体介護が必要な場合に限られ、その意味では介護給付は当事者の必要とするケアに対する部分保障である。

居住者のなかの全員について、「最終報告」によれば、認知症検査のスクリーニングＰＶＡによる結果が上記の表―1である。それによれば、要介護度が高くなれば認知症のある人が増える、その傾向を認めることができる。つまり、要介護度の重度化と認知症の症状とは深く関連しているように見える。

表－１　施設における要介護度別認知症の人の割合

単位（%）

	認知症のない人	認知症のある人
介護度０	8.0	1.5
介護度１	52.7	23.8
介護度２	32.5	46.7
介護度３	4.7	27.1
その他	2.1	0.9

出所：Möglichkeiten und Grenzen Selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) 2007. S.186、一部変更

②　認知症の人の生活困難ごと

この調査において明らかになったことの一つが、施設居住者の中での認知症のある人の割合である。つまり、ほぼ八〇%の施設において、少なくて居住者の五〇%、多くて七九%の認知症のある人が生活しているのである。では、認知症のある人が生活上のどういう点で困難になるのか、その点に関する調査結果を観察してみよう。

認知症があり、しかも在宅生活の継続が難しくて入所した、と推測される重度の人が多いと推測される。調査結果によれば、重度の人では「衣服の着脱」「排泄」「食事」に難しさが際立つ。体を洗うこと、このケアも欠かせない。だが上記の三つの日常生活行為は毎日、しかも一日に複数回に及ぶ。そのケアの担当者は、一日という単位において、ケアを当事者に合わせて組み立てねばならない。再確認しよう。認知症のある人では一日、という単位でのケアの設計、これが在宅ケアの重要な課題となる。

③　活動と自由の制限

ドイツの老人ホームは民法典を根拠とし、在宅生活の継続を重視している、と既に述べた。だから、施設内では居住者には自由な活動が保障されるべきなのである。たしかに、施設での出入りは自由であり、アルコール飲料も自由、だがなお、施設としての居住者への管理、とくに認知症のある人への「安全」管理が行なわれている。「ベッド柵」の設置、それは行動の拘束に相当し、ド

表－２　スクリーニングでの認知症度による生活困難状況

単位（%）

		軽度認知症の人	重度認知症の人
食事すること	不可能	13.3	51.8
	自立または一部介助	86.5	48.1
洗うこと	不可能	90.4	98.7
	自立または一部介助	9.6	1.3
トイレに行くこと	不可能	39.7	77.7
	自立または一部介助	60.3	22.3
衣服を着脱すること	不可能	50.4	83.5
	自立または一部介助	49.6	16.5
見ること	不可能（めがねで）	9.5	9.8
	介助なしでは不可能	7.2	17.6
聴くこと	不可能（補聴器で）	5.0	3.0
	介助なしでは不可能	15.0	22.8
歩くこと	介助があっても 50 M 歩けない	42.8	62.8
寝たきり	日中ベッド以外で過ごす時間が一時間未満	7.6	18.8
失禁	便失禁：時折だが通常失禁	59.4	88.6
	尿失禁：時折だが通常失禁	79.6	94.3

出所：表－１に同じ、S.191

イツでは違法行為となる。在宅の生活で、「ベッド」に柵を設けている家庭は一般にはないからである。

身体の拘束にはベルトや留め具を使用する。その理由として施設が挙げたのが、「転倒やけがの危険」であり「車のような騒々しさや行動への強い衝動」である。この拘束事例は認知症のある人では、そうでない人の七倍にも及ぶ。認知症ケアの重要な課題がここにも伺える。施設内での「自由」を掲げつつ、さらに職員研修を重ねて、それでもなお、身体拘束という「虐待」の行動を防げない、そこに新しいケアの必要性が生まれるのである。

「最終報告」では、調査結果を踏まえつつ、住居形態についての興味深い考察がある。ドイツでは、周知のように、認知症のある人が小規模に分離されて、より専門的なケアで生活する、いわゆる「グループ・ホーム」のような施設形態は少ない。この調査結果でも、その形態は「調査した施設の二五%、居住者では約一〇%」[4]という。認知症のある人にとっては、住居の形態は生活の継続の点で重要な意義を有するのであ

表－３　本調査前直近４週間での認知症のある人と認知症のない人との比較

単位（%）

	認知症のない人	認知症のある人
ベッド柵の取り付け		
時々又は頻繁に施行	18.1（252）	49.0（1492）
（どんな場合か）		
本人の希望	79.4	29.2
裁判所の許可取得	13.9	46.2
裁判所の許可未取得	4.4	21.4
裁判所の許可申請中	1.2（3）	1.5（24）
申請なし	1.2（3）	1.7（25）
ベルト・とめ具取り付け		
時々又は頻繁に施行	1.3（18）	9.2（264）
（「はい」の場合事前に）		
裁判所の許可取得	38.9	82.2
裁判所の許可未取得	50.0（9）	14.0（37）
申請なし	11.1（2）	3.8（10）

注：（　）は調査対象者の実数

出所：表－１に同じ、S.202

るが、本稿ではとくにケアに論点を絞っており、ここではこれ以上立ち入らないことにしたい。

2　認知症と施設ケア

前章では「最終報告」のなかから、議論の起点となるべき本稿での論点を引出そうとしてきた。認知症が重度化すれば身体的ケアの必要性は大きくなるが、記憶障害からの行動の混乱は従来の身体的ケアだけでは対処できない。新しいケアの提案と実践が、一九八〇年代にイギリスで始まった。ケアの改革は老人ホームという施設のなかから始まったのである。

認知症ケアの新しい文化

認知症ケアに向けた新しい文化が必要である。認知症のある人の原因疾患は、身体障害でも、精神障害でもなく、後天的な記憶障害である。だから、従来の身体障害のあるお年寄りのケアとは異質なのである。上記「最終

報告」に関わりその一端を紹介したが、その調査結果は認知症ケアの固有性を提示していて興味深い。その提示はまさに新しいケアの文化をよび起こす意義を有する。

さて、ケアの新しい文化を提供する「Person・Centred・Care（＝パーソン・センタード・ケア）」[5]は、その意味において注目に値する理念＝実践である、と私は思っている。その理念を導入した認知症老人ホームにインタビューができた。ケアのどこに変化を生んだか、その点が関心の的であるが、そのインタビューの一端を紹介しよう。パーソン・センタード・ケアを導入した当時の元施設長 Reinhard Christ（ラインハルト・クリスト）に話を伺った[6]。

①パーソン・センタード・ケアを導入したのは二〇〇四年であったが、その契機は居住者での老いの進行とともに認知症のある人が増加したためであり、ケアのありかたについて研究していた時に出会った。

②従来のケアとの重要な相違は、従来は日課に従った生活を強いていたが、新しいケアでは一人ひとりに関わり、それぞれのニーズに合わせてチームを作って対応している。

③新しいケアには老人介護士などのチームで対応しているが、その中心に、コーディネーターとしての「Sozialdienst（＝ゾツィアルディースト）」のいわゆるソーシャル・ワーカーがいる。その業務内に、「Zozialarbeit（＝ゾツィアルアルバイト）」「Zozialpaedagogik（＝ゾツィアルペダゴギーク」を含む[7]。

④家族との関係が極めて重要である。家族にはこの施設のコンセプトを説明する。たとえば、施設内はすべて自由行動、施設からの外出も自由、そうした施設の方針を家族と話しあい、了解を得ること。これは「契約書」外のことだからである。

以上、認知症ケアを巡って施設での新しい動向を探ってみた。二〇〇八年介護改革では、認知症ケア強化の一つとして、「Betreungskräfte」（＝世話アシスタント）の配置が可能となった。認知症のある人二五人に一人の配置という仕

組みであるが、その二五人の一人ひとりに一〇〇ユーロが給付されるので、その総計月額二、五〇〇ユーロ（概ね三〇万円）が「世話アシスタント」の報酬となる。職務は認知症のある人の話相手であったり、「徘徊」についていき散歩にすることであり、スタッフの手の回らない仕事が任されるなど、その配置の意義は大きい、とクリストは言う。

3　認知症―偏見と差別の歴史―

「認知症」は認知症状を表す病気であり、それは行動状況で診断される。その診断は多く精神科医の担当である。つまり、認知症は認知機能の低下、たとえば記憶障害の進行によって日常生活に混乱が引き起こされる。

認知症は、ＩＣＤ一〇（国際疾病分類一〇版）によって定義されているが[8]、そのうちでもとくに、以下の特徴点に注目したい。

・後天的な知的機能の障害である
・認知症の原因疾患は脳の細胞の損傷や死滅にある
・進行性であり直らない病気である

「認知症」という表現は、日本では二〇〇四年に始まるが、その以前では「呆け」が一般的であった。「呆け」は人間の老化に伴う一過程であり、他方で「認知症」は精神科医師の診断によるものである。英語圏では「dementia」、ドイツ語圏では「Demenz」、そのいずれの表現においても、精神的疾患に引きずられて理解されている。

日本で「呆け」から「認知症」に表現を変更したのは、「呆け」が偏見・差別の基になる、という理由からであった。ただし、偏見・差別は当該の用語を変更すれば解決できるわけではなく、その現実に迫らねばならない。わが国では認知症の高齢者が、明治期では精神障害のある人と同じように在宅監禁や精神科病院での隔離などの差別を受けてきた。

また、契約社会のヨーロッパであっても、つい最近に至るまで認知症のある人は社会から排除されてきた。

多くの社会では、高齢者を無能で、醜く、厄介なものとして分別し、個人と社会構造の両方のレベルで高齢者を差別する「老人差別」が見られた。とくに認知症のある人はもっとも極端な老人差別にさらされる[9]。

ヨーロッパ諸国での近代史では、その主体たる市民の知的成熟度が望まれてきた。つまり、理性的主体たる市民の形成である。その人格の主体たる市民は、法的責任行為の担い手でもある。つまり、競争的に分かたれる市場のなかで、契約による社会形成を基とするヨーロッパ市民社会において、その私的自治としての契約を市民が担うのである。だが、認知症状は契約行為たるサインを不可能にする。ここに市民的理性の行使が不可能となる。

認知症のある人は精神科医院や病院に行って診断を受ける。なぜ、内科でも外科でもないのか。認知症の診断はそのまま、精神的疾患を専門的治療分野とする精神科病棟への入院に直結する。どうして直結なのか、当事者の意見はないのか。その判断は精神科の医師が行う。

「狂者を治療できるのは医者だけである」[10]。

そう語ったのは、ドイツの精神科医師J・クリスチャン・リュレである。彼は「患者たちの頭から、氷のようなシャワーを浴びせ、そのさなかに病人と会話を交わし、病人たちが信じていることが妄想にすぎないことを認めさせようとした」[11]。

そうした精神科治療は一九世紀半ばに始まるのであるが、わが国では明治維新直後の時期に当たる。精神障害のある人はわが国では「監護」、当時は「狂人」と名指しされていた。「認知症」と精神科医療との関連を問うているのは、現在の日本では認知症の重度化が精神科病棟への入院以外の選択肢を失うことが多く、その当否を問う世論が弱いからである。

ここで再びドイツの「認知症問題」に立ち返ろう。

ドイツでは認知症のある人の動向は介護保険の導入以前では、まったくというほどに、情報化されていなかった。一つの理由は、認知症は病状の一種であり、その症状は当事者が公表する以外には知ることは不可能である。二つめの理由は、認知症のある人に対する特別な社会サービが欠けていたために、差別を覚悟の病名公表には至らなかったことである。三つ目の理由は、認知症の疑いのある人には精神科での診断を勧められるが、ということは、治せない治療に移すことであり、ケアによる生活が含まれないからである。

一九九六年の介護保険制度の導入以後に、「認知症問題」が愁眉の課題として噴出してきた。介護保険サービスを受けるには、要介護認定を受ける必要があり、そうすれば認知症に関する個人情報も収集されることになる。と同時に、ケアに関わる課題が施設現場から提議されたからである。「認知症」が介護保険制度の最重要課題に浮上してきたのは、そうした社会的背景の故である。

さて、先にクリストへのインタビューの結果を紹介したが、その際にもう一つ重要なことが指摘されていた。ホームへの検査が強化され、その検査評価が公表されることで、それが施設選択にあたっての重要な資料とされている、ということである。その評価は、介護保険の保険者であるＭＤＫ[12]によるもので、「抜き打ち」で、介護記録の検査・施設管理者や入所者への直接インタビューなどで構成される。

そのホーム検査は「介護の質」の保障、という介護保険制度の創設以来追及されてきた課題の主要テーマなのである。それは、高齢者虐待防止法などの強制的・懲罰的法制度の導入を避け、自主的な自己点検・評価をホームに課すことであり、優れてドイツ的な対処におもえる。その同じ方針が、「ホーム法」の制定と幾度かの改正にも貫かれている。[13]

例えば、ホーム法に基づきホームには「ホーム協議会」が設置されねばならない。そのホーム協議会の理事は居住者の選挙で選出され、同数のホーム側理事によって、その協議会は構成される。いわば、ホーム内での「住民自治」の推進であり、近時の改革では理事を、その一定数に限ってホーム外の人でも可能とした。いわばそれは、住民自治の強化

であり、北欧にみられる「オンブズパーソン」方式の忌避をねらいとするものである。

4　在宅介護と二〇〇八年介護改革

二〇〇九年ドイツ保健省の統計によれば、在宅介護が約一五四万人、施設介護は約七〇万人である。わが国では、在宅と施設との利用割合が三対一であり、ドイツでの二・二対一に比較すると、ドイツでの施設利用率は大きい、という点に注目したい。と同時に、二〇〇五年にＣＤＵ／ＣＳＵとＳＰＤとの連邦議会の「連立協定」において、「ambulant vor stationär（＝入所に優先する在宅」の強化が同意されていた。二〇〇八年介護改革も、その「在宅優先」という国民的合意の基での改革である。[14]

（1）二〇〇八年介護改革

さて、ドイツでの認知症に関わる施設での動向を辿りながら、そして迂回しつつ、ようやく認知症のある人の在宅での生活の継続、という本稿の主題に近づいてきた。二〇〇八年の介護改革は基本的には在宅と施設とに分けられているものの、私は今後、施設ケアと在宅ケアとの境界が少しずつ下がり、地域ケアでの施設と在宅との連関へと展開していく、「否」、展開すべきと思っている。その根拠に関しては後述するが、施設ケアと在宅ケアとは極めて密接にかかわるべきだ、という点をここで指摘しておきたい。[15]

住居・家具・そして地域活動、その継続としての在宅生活、それは多くのドイツ人が重視する基本的な生活スタイルである。その在宅生活において病を得たり、認知症状が発症したり、そのトラブルの過程にあっても、彼らにとっては

在宅での生活継続は自然のことなのである。たとえば、老人ホームに入所した人は長くて二年、早い人で二〜三ケ月での死亡・退所が多いという。

表―4は介護保険財政収支の推移であるが、ここでは介護給付に注目しながら、とくに在宅介護給付のドイツ的特性を検出したい。そのうえで、表―5に示されている「介護給付の段階的引き上げ」の意義について考察することにしよう。まず表―4に関して、「介護給付」で関連する内容を括り、以下の三つに分けたい。①「金銭給付」「代替介護」「介護者の社会保障」、②「追加的世話給付」③介護相談所、これで説明が容易になる。

① 在宅での「Angehörige＝（親族）」の介護者への「Pflegegeld（＝金銭給付）」、およびそのケアを中断する場合での専門職介護への代替、さらにその親族介護者の社会保険加入継続への支援である。

A、「Pflegegeld」は直訳では「介護手当」と訳したいのだが、その訳語では日本での「おむつ代」と解釈されかねない。ドイツでの「Pflegegeld」の意味はケアに対する報酬の意であり、支払われることのない家事労働としてのケアへの報酬である、その点に重要な社会的意義がある。つまり、「シャドーワーク」という不払い仕事そのジェンダー視点での転回である。

B、「Angehörige」、つまり親族によるケア、その担い手への報酬の支払いである。ここで理解が難しいのが「親族」の範囲である。数回のインタビューによれば、その「親族」とは在宅において生活する認知症のある人へのケアを担う人なのである。つまり、そのケア報酬を受けることができるのは、家族は当然として、親族、あるいは近隣者なのである。つまり、要介護者は、介護金庫から振り込まれる金銭給付をケアして欲しい人に支払うことである。

もちろん、現物給付、つまり事業所による在宅介護サービスも選択可能であり、現物給付だけ、あるいは金銭給付との組み合わせも可能であるが、この選択可能性に、在宅ケア支援の強化として共感できるのである。

C、さらにもう一点、ケアが在宅の労働として評価される、つまり「労働者」としての社会的な権利を享受できるのである。その一つが在宅での介護者がケアを休みたい、と希望するときに「代替介護」給付としての介護サービスを受給できる。

② 在宅での認知症のある人などに対しては、標準的な給付に加えて「付加給付」（年額四六〇ユーロ）を新設したが、今回の改正ではその基本額を月額一〇〇ユーロに増額して、さらに上限を月額二〇〇ユーロまで嵩上げした。

③「介護相談所」、として介護保険収支一覧に項目建てされているが、実際には「Pflegestützpunkte（＝介護支援拠点）」である、在宅ケアに関する相談・情報に関わるセンターである。ドイツの専門職のなかでは、その設置に対して賛否両意見があり、その理由は複雑にてここでは仔細に立ち入らないことにしたい。(15)

表―5では、介護保険給付額の段階的引き上げが示されている。その引き上げの項目が、改革のなかでの強調点にほかならない。なお、給付を引き上げると介護保険財政収支は悪化する。税を投入している日本の介護保険と異なり、ドイツでは保険料の納入を唯一の財源としているので、なおさらのことである。給付額の引き上げに伴って、当然、介護保険料率一・七％から一・九五％に二〇〇八年七月から引き上げられる。それも「二〇〇八年介護改革」の特徴の一つである。

（2）在宅ケアへの支援強化

さて、表―5において特徴的な点は、施設ケアでは重度の要介護度を除けば、給付額は二〇〇八年水準にとどまる。対照的に、在宅ケアに関する給付額はすべてが段階的に引き上げられる。そのなかでも「親族介護者」など在宅の介護

表－4　介護保険財政収支の年次推移（1995年～2009年）（単位：10億ユーロ）

年次推移	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
収入	8.41	12.04	15.94	16.0	16.32	16.54	16.81	16.98	18.86	16.87	17.49	18.49	18.02	19.77	21.31
支出															
給付費支出	4.42	10.25	14.34	15.07	15.55	15.86	16.03	16.47	16.64	16.77	16.98	17.14	17.45	18.2	19.33
（内訳）															
金銭給付	3.04	4.44	4.32	4.28	4.24	4.18	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05	4.02	4.03	4.24	4.47
現物給付	0.69	1.54	1.77	1.99	2.13	2.23	2.29	2.37	2.38	2.37	2.4	2.42	2.47	2.6	2.75
代替介護	0.13	0.13	0.05	0.06	0.07	0.1	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19	0.21	0.24	0.29	0.34
デイケア・ナイトケア	0.01	0.03	0.04	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09	0.11	0.15
追加的世話給付	－	－	－	－	－	－	－	0	0.01	0.02	0.02	0.03	0.03	0.06	0.19
短期入所	0.05	0.09	0.1	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.16	0.2	0.21	0.23	0.24	0.27	0.31
介護者の社会保障	0.31	0.93	1.19	1.16	1.13	1.07	0.98	0.96	0.95	0.93	0.9	0.86	0.86	0.87	0.88
介護用品	0.2	0.39	0.33	0.37	0.42	0.4	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38	0.38	0.41	0.46	0.44
施設介護		2.69	6.41	6.84	7.18	7.48	7.75	8.0	8.2	8.35	8.52	8.67	8.83	9.05	9.29
障害者入所施設		0.01	0.13	0.22	0.2	0.21	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25
報酬付加給付														0	0.21
介護相談所														0.01	0.03
MDK 運営費用	0.23	0.24	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27	0.27	0.28	0.31
事務費	0.32	0.32	0.36	0.55	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.59	0.58	0.62	0.62	0.65	0.68
その他の支出	0	0.01	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.06	0.07	0.07	0.01	0	0	0	0
支出計	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03	18.34	19.14	20.33
余剰	3.44	1.18	0.8	0.13								0.45		0.63	0.99
欠損					0.03	0.13	0.06	0.38	0.69	0.82	0.36		0.32		

出所：Bundesministerium für Gesundheit “Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.　Ist-Ergbnisse ohne Rechnungsabgrenzung 1995 bis 2009.

者への支援、その金銭給付額の引き上げが注目に値する。「親族介護者」支援には、家族のケア機能への支援を通じて、「家族関係」を強化する意図もあるが、「家族主義」を掲げる日本の家族ケアを思い浮かべると危険なので、少し注釈が必要である。

金銭給付では二つの種類に分けられている。在宅で介護している人は「親族介護者」とされてきたが、今回の改正ではより明瞭に、「親族」と「それ以外の人」に区分して、それぞれの金銭給付額を段階的に引き上げる。認知症のある人には毎日二四時間のケアが求められるが、在宅において家族などの「親族」だけではケアを満たせない。そこで改正によって、自営の「Einzelpflegekraft（＝個人介護従事者）」が認められた。認知症のある人がケアを望む場合には、まず「親族」、ついで「隣人」を金銭給付で確保、さらに専門職としては、個人自営業者や非営利団体、営利団体の介護サービス、それに加えてボランティアの人や組織が多層的に支援に参加できる。個々のボランティア、専門職介護事業所、地方自治体、社会保険者としての疾病保険と介護保険、そうした地域でのネットワーク化が強調されているのも、今回の二〇〇八介護改革の特徴である。

在宅での生活では、一日単位でのケアの設計が不可欠である。なぜなら、食事・排泄・入浴・着替えは一日の生活の連続性を形成しているからで、どの部分が欠けても生活は支障をきたすからである。とくに、認知症のある人にとって在宅生活の継続はケアを担う人が身近に、ほぼ常時控えていることが最重要である。その難題を、二〇〇八介護改革は金銭給付の再強化と付加給付の増額で応えようとする。ついでながら、職業に携わる労働者に関しては、職業と在宅ケアとの両立支援に向けて「Gesetz über die Pflegezeit（＝介護休暇法）」が制定される。近親者のケアのために緊急時であれば、一〇労働日、事前では最長6ヶ月の介護休暇が取得でき、付加給付が受給できる。

その他、在宅ケアへの支援に関する施策や改正は、その全文を通じて随所に伺えるが、ここでは「相談」事業の強化を挙げておきたい。詳細に踏み込む余裕がないので、要点を列挙すると以下の通りである。既に指摘した、「介護支援

表－５　給付額の段階的引き上げ（月額）（単位：ユーロ）

		要介護１	要介護２	要介護３
在宅介護	現物給付	384	921	1432 ＊ 1918
	2008.7.1～	420	980	1470 ＊ 1918
	2010.1.1～	440	1040	1510 ＊ 1918
	2012.1.1～	450	1100	1550 ＊ 1918
	金銭給付	205	410	665
	2008.7.1～	215	420	675
	2010.1.1～	225	430	685
	2012.1.1～	235	440	700
代替介護	１年のうち４週間までの上限額	205 ＊ 1432	410 ＊ 1432	665 ＊ 1432
	2008.7.1～	215 ＊ 1470	420 ＊ 1470	675 ＊ 1470
	2010.1.1～	225 ＊ 1510	430 ＊ 1510	685 ＊ 1510
	2012.1.1～	235 ＊ 1550	440 ＊ 1550	700 ＊ 1550
短期介護	年額上限	1432	1432	1432
	2008.7.1～	1470	1470	1470
	2010.1.1～	1510	1510	1510
	2012.1.1～	1550	1550	1550
通所介護・夜間介護	月額上限	384	921	1432
	2008.7.1～	420	980	1470
	2010.1.1～	440	1040	1510
	2012.1.1～	450	1100	1550
重度の長期介護を必要とする場合の付加給付	月額上限	460	460	460
	2008.7.1～	2400	2400	2400
完全施設介護	総体として月額	1023	1279	1432 ＊ 1688
	2008.7.1～			1470 ＊ 1750
	2010.1.1～			1510 ＊ 1825
	2012.1.1～			1550 ＊ 1918
福祉用具	総体として月額	31		
補助具	90％まで支給	ただし最大 25 € まで		
住宅改修		2557 € まで		

出所：Bundesministerium für Gesundheit 2008, “Leistungen der Pflegeversicherung im überblick”,（「介護保険給付の一覧」）を元に作成

＊は、2002 年 4 月 1 日より認知症、精神病、精神障害などの重度で長期介護を必要とする場合に給付。

拠点」の設置による相談機能の強化、在宅で金銭給付を受給する親族介護者による「Hausberatung（＝訪問相談）」請求の義務化、「Pflegeberatung（＝介護相談）」の導入とケースマネジメントの推進。いずれにおいても、個別的な事情を斟酌する仕組みを介護給付において支えて、個別的な包括的ケアプランと検証をねらいとする。

結　び

私が本稿の課題としたのは、認知症が発症しても在宅での生活の継続が可能であること、とくにドイツでの生活・社会環境づくりの検討である。この設問の背景には、日本では家族負担が重く、その一〇〜一五年のケアは耐え難い状況にあり、最悪の場合には精神科病棟への入院、そして病院死となる。

超えるべき旧文化的介護の不義は、「介護する人」と「介護される人」との役割行動の固定化、たとえば「介護する人」が嫁や娘に固定されることである。また、「介護すること」は、する人とされる人とのあいだのこと、にもかかわらず、そのことが対象化され、マニュアル化される例を招くことである。それは、「介護すること」という実践に、「命令すること」と「命令されること」という関係が、日常的な社会関係の上下関係の延長として侵入すること、それが「自ずから」、そして「自然なるもの」として受容されるのである。

家族介護、親族介護、あるいは隣人介護、または職業的介護という役割、そして要介護者という役割、こうした役割行動の旋回、あるいは解体、その可能性はあるのか。その可能性を示唆する貴重な事例の一つが公にされていた。それは認知症重度の人のケアに関することであり、福岡市の「宅老所よりあい」での実践例がその一つである。[16]

その事例は介護の「分有」の可能性を示すことにある。つまり、重度認知症のAさんは二四時間の見守り・世話・介護が必要である。施設としては受け入れ許容を超えるものの、家族の困惑を現前にするとAさんの介護を引き受けざる

を得ない。だが引き受けたその時点で施設の受け入れ限度を超えていた。この施設は、近所の人たちに向けて、Aさんのための世話ボランティアを呼びかけた。施設の地域への開放であり、地域の施設参加である。

その試行的実践が示す可能性は、ケアの「分有」、つまりケアの「ワークシェア」である。介護を要するAさんに関して、どのようにケアが分けられるのか、まず家族・親族、ついで隣人、さらに職業的介護者、ドイツではもう一つ、職業的介護者でも非営利か営利かの区分は重大である。ケアの未来は社会運動である。もう少し細かく表現すれば、支え支えられる社会運動である。さらに、一人ひとりの将来的願望は人間的生活のなかで、人間として死すことである。在宅介護の人間的生命の延長上に、生命的延長でないだけでない文化的延長としての死ということが、私たちの協働の認識でなければならない。

本稿は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団（二〇〇四年度）、および文部科学省海外科研による研究助成（二〇〇九～二〇一一年度）を得た研究成果の一部である。

（1）本稿では、Bundesministerium für Gesundheit, “Das bringt die Pflegereform 2008”（「二〇〇八介護改革のもたらすもの」）に依拠するが、その根拠法は、“Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung,”（「介護保険の構造的発展に関する法律」二〇〇八年五月二八日制定、同年七月施行）である。

（2）Dr. Gerhard Igl “Heimvertrag”, Hrsg.von Bundesminisiter der Justiz der Bundesrepublik Deutschland, 1981, 邦訳は［社］全国有料老人ホーム協会『西ドイツにおけるホーム契約の法的諸問題―ゲルハルト・イグル博士鑑定意見およびホーム法令―』（社団法人全国有料老人ホーム協会、一九八八年）。なお、G・イグルは民法典派論客のリーダー格的存在であった。

（3）Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, “Möglichkeiten und Grenzen Selbstädiger Lebensführung-sinstationären Einrichtungen (MuGIV)-Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“’ S. 174

調査は二〇〇六年三月から二〇〇七年一月において、入所介護施設を対象とする実態調査を実施した。

（4）Ebenda.S.222.

（5）さしあたり、Tom Kitwood, “Dementia reconsidered”, Open University Press, 1997, P12.『認知症のパーソンセンタードケア』高橋誠一訳、筒井書房、二〇〇五年、二七頁。また、水野裕『実践パーソン・センタード・ケア』（株式会社ワールドプランニング、二〇〇八年）が理解を助けてくれる。拙著『一人ひとりの社会福祉』（ナカニシヤ出版、二〇一一年七月）の第7章も参照されたい。

（6）施設名はMünster/Perthes-Werk e.V.「e.V.」とは、「eingetragener Verein」で登録社団の意、英語圏でのＮＰＯ（民間非営利組織）に相当する。ドイツでは、市民的な、福祉・環境・子どもなどに関する社会運動の主要な担い手である。インタビューは、二〇一〇年八月九日に上記老人ホーム内で行った。

（7）それは「ソーシャル・ワーク」と同義である。それをドイツ語では「Sozialdienst」と呼び、二つの大卒対応の福祉専門資格、つまり「Sozialarbeit＝社会労働士」「Sozialpädagogik（＝社会教育士）」を含む。

（8）ＩＣＤ一〇の詳細については、小澤勲『認知症とは何か』岩波書店、二〇〇五年、とくに第1章を参照されたい。

（9）トム・キットウッド、前掲書、二七頁

（10）Michel Foucault, “Maladie mentale et personnalite’, Presses Universitaires de France, 1954.ミシェル・フーコー『精神疾患とパーソナリティ』（中山元訳、筑摩書房、一九九七年）一六六頁。

（11）ミシェル・フーコー、前掲書、一六三頁

（12）MDK：Medizinischer Dienst der Krankenversicherung（＝疾病保険メディカルサービス）は、介護保険の保険者機能として、介護認定や介護の質検査に関わる。

（13）ドイツの「ホーム法」に言及する文献は少ない。さしあたり、拙著『質を保障する時代の公共性―ドイツの環境政策と福祉政策―』（サカニシヤ出版、二〇〇四年）、とくに一九〇～二一四頁を参照されたい。

（14）田中謙一「ドイツの２００８年介護改革」（『週刊社会保障』No.2509～No.2515、二〇〇八年～二〇〇九年）、とくに「経緯」については、①②を参照されたい。邦訳は社会背景についても丁寧に説明され、その全文が訳出されている。とくに①の五二頁。また、認知症ケアに引き付けた考察として、荒牧弥生「ドイツにおける認知症ケアの展開―二〇〇八年介護改革―」（『社会関係研究』第一六巻第二号、二〇一一年）を参照されたい。

（15）「相談所」の現状の報告については、荒牧弥生の前掲書を参照されたい。