

定着期のドイツ介護保険と補完性原理

— 介護専門主義と相互扶助機能の対抗 —

山 田 誠

目 次
I 序
II 政策分析家と介護保険法の社会秩序目標
III 介護保険の運営と地域財政主体
1) 介護保険の仕組みと給付実績
2) 社会扶助と地域財政主体の多様な取り組み
3) 要介護者のサービス選択と事業所の経営
IV 介護専門主義と要介護者への支援態勢
1) 介護サービスの特質と家族介護
2) 立ち入り検査と介護の労働力市場
3) 社会参加の諸形態と高齢者支援
V むすび

I 序

日本の介護保険は、予想よりもスムーズな運営のうちに3年近くが経過した。すでに始まっている制度の見直しに際しては、準備期のようなドイツ詣では見られない。日本社会は、すでに制度上の装置・工夫については十分学んだと考えているようである。自己都合に合わせた道具主義的な調査が主流になっている日本の政策関係者にとって、先行事例の実際運営における難問や社会に与えるインパクトは、どうでも良いのであろう。

しかしながら、ともに経済の停滞が続くなか

で超高齢社会への移行を迎える両国が、いかに事態に適合した社会の安全ネットワークを整備するかは、構造改革の重要なファクターのほうである。この観点から見ると、日独の介護保険はいくつかの道具立てが類似していても、経済的な性格は大きく異なるし、それが構造改革の戦略にしめる位置も違っている。だからこそ、日本の政策立案者は自己を映す鏡として、ドイツ介護保険の包括的な吟味から多くの政策含意を引き出せるのではなかろうか。

日本の介護保険は、当初から「高価な保険」となるプログラムを組んでいて、地域財政主体（国・県・市町村の総体を指すドイツの用語）の側も積極的な関与を半ば宿命的に受けとめて

いる。他方、ドイツの場合は、実際に「安価な保険」のプログラムに沿って保険制度を運営している。介護保険法は、保険制度にきびしい自己抑制を強いる一方で、要介護者の「生活の質」など高い理念を掲げる。その乖離を埋める活動に関しては、地域財政主体や社会全体の旺盛な支援態勢を当てにしている。つまり、ドイツの介護保険法には今日の社会と地域財政主体に向けた構造改革のメッセージが込められている。

分権型社会のドイツにあって、新しく登場した社会保険という1自立組織の運営に際して構造改革を提起しても、どれ程の効果があるのだろうか。ここでは、補完性原理の再構築に対する政策立案者の信念と、その原理再構築に依拠して社会保障を整備せざるを得ないほど追い込まれているドイツ経済で説明することになろう。仮にその事情を認めたとして、一見なんの効き目も期待できない願望を表明しただけの理念戦略が、果たして現実の諸組織の活動にインパクトをもつのであろうか。制度面の裏付けはあまり無い理念が複雑な利害の絡み合う現実社会を導く求心力となりうるのか、また、どの程度のインパクトがあるのか。これを外部観察者の目で追跡するのが本稿の主題である。

この主題の遂行は、外国人研究者の1論文では手に負えないほど広い対象の考察を要求する。したがって、このような主題設定にあっては、照応するドイツ人の研究がすでに準備されているのが通常のケースであろう。しかるに、ドイツの政策分析家たちは、管見するかぎり、自己の専門領域に引きつけて介護保険を分析するのみで、介護保険法に盛り込まれた理念戦略に沿った検証には手をつけようとはしない。それゆえ、本稿は2つの方向の検討を同時に果たすことを自らに課している。

ドイツの政策分析家たちは、介護専門主義的な分析に基づいて政策提起をしている。その主張は要介護者の「生活の質」向上に大きく寄与する内容ではないし、その上、介護保険法の理念を踏みにじる性格のものである。これを解き明かす作業が第1の検証テーマである。それにより、彼らの誤りを解明し得たとして、非現実的に見える介護保険法の理念戦略は、どの程度に実現されてきたのか。これの吟味が第2の検証テーマとなる。

II 政策分析家と介護保険法の社会秩序目標

(i)

政策分析に携わるドイツの専門家・研究者は、発足から7年になるドイツ介護保険に対して、誇るにたる実績と世論の高い満足度を受けて、安定した運営軌道にあると評価する。その上で、最近の1～2年に断続的に報道される介護スキャンダルへの対応として、研究の焦点を介護の質確保に合わせている。しかしながら、現場に近い政策分析であっても、その時々の方が抱く関心や自己の学問領域に引きつけすぎる研究態度は、政策全体の目標を見失い、ひいては現状評価まで誤りかねない。目下のドイツの介護保険評価には、その危険性が見いだされるように思われる。

ブレーメン大学社会政策研究所のロートガングは、1995年に代表的な書物の編者になって以来、介護保険に関して第一線で活躍している研究者である。彼は明白に結果の出る個別課題を設定し、データ分析に基づきシャープな結論を導く。その彼は最新論文で介護保険とその関連制度を概観して、これからの長期の課題が専門

的な介護サービスの確保にあると主張する。けれども、介護保険分析を代表する彼の主張は、介護保険法の社会秩序目標に対する無理解と、介護専門主義を前面に押し出す専門家・研究者の楽天主義が率直に現れている。

ロートガングが提示する介護保険法の主たる目標は次の4項目である¹⁾。

1. 国際水準に較べて未発達な、専門的介護サービスの供給の発展
2. 高齢者が将来介護を受けられることを確実にするための、家族・在宅介護の支援
3. 地方自治体の財政的負担の減少
4. 介護を受けるために社会扶助に依存する人の割合の減少

この目標設定は、個別目標の併記になっていて、目標間の相互関連が明示されていない。強いていえば、一番目に掲げてある目標は重要度が高いと推量される程度であるが、実は、この項目はそれ以前の論文には登場していない。ここに、執筆時期に応じた世論関心への適合が読みとれる。さらに、介護保険の諸目標を設定する論拠も、介護保険法を直接に吟味するのではなく、社会扶助期に生じていた問題点を、彼の独断で整理してみせた一方的なものである。

介護サービスの質確保は、2000年頃から研究焦点になったようである。事業所疾病金庫の介護保険担当であるモルデンハウアは、位置からいえばロートガングよりも現場実務に近い。その彼もロートガングと同じく、介護サービスの質確保を専門的な介護サービスの充実とほぼ等置している。もっとも、介護保険法の規定を重視する彼は、法律における主目標の関係と専門的な介護を扱った規定の間にある齟齬を無視で

きない。

モルデンハウアによれば、介護保険法は当初から保険制度にきわめて限定した役割しか設定していない。保険制度に限って目標関係を取りだしても、専門介護は家族・知人による介護の補完的な位置づけにすぎない。その枠内で、要求される介護の質は高い。というのは、法律の主目標の一つである人間的な尊厳（＝「生活の質」）は、医療・介護の分野において広く承認されている技術水準の投入を求めているからである。モルデンハウアは、ここに説明のつかない非整合性を強く感じているが、その側面を無視して、今日の社会政策にとっての中心的なテーマになったと見る介護の質確保に、考察対象を絞り込んでいく²⁾。

以上のごとく、安定した定着期を迎えているとの見解が支配的な介護保険だが、それは、介護保険法の目標・運営実態の検証から導かれたものではない。とすれば、今日段階においてドイツ介護保険を評価する第一歩は、介護保険法の目標関係を確定する作業から着手しなければならない。

(ii)

全体が112条の介護保険法は包括的な法律であり、どの部分に重きを置くかにより、主要な目標像も違ってくる。この時、介護保険全体にかかわる規定が出ている1～13条（第一章）に、主要な目標関係の手掛かりを求めるのは穏当であろう。そこには、要介護者の自己決定や自己責任からはじまり、関係する団体や組織（自治体、州、連邦、介護金庫、介護サービス事業所）の課題も明記されている。さらに、他の社会的

¹⁾ Rothgang, Heinz, 200年, 31ページ。

²⁾ Moldenhauer, Meinolf, 6/2001, 2001, S.130.

な諸給付との関連を述べた規定もある。

第一章の重要性は、介護サービスと他のサービスの関連や、介護サービス内のサービス種類ごとの優先順を定めている点にある。それを決める基準には要介護者の人間としての尊厳が据えられる。自己の自立した生活という目的に向けて、要介護者は身体的・知的・精神的な能力の回復ないし維持を要求する。投入されるさまざまな介護サービスを選ぶのは本人である。これらからして「生活の質」の実現・向上が法律の目的だといえよう。この目的の達成は社会全体の共同責任とされ、関連する諸団体に課題と責任が割り振られる。

法律はそれぞれの地域財政主体・団体の役割分担と同時に、「生活の質」をめざす活動に明確な序列と負担関係を設けている。要介護を予防する活動、機能回復のリハビリテーションが介護給付よりも優先される。注目されるのは、提供される各種介護の位置づけである。「生活の質」の観点から、家族や隣人・ボランティアによる介護がもっとも望ましいとされる。それらの介護の力が及ばない場合に、専門的な介護がその部分を補う。さらに、部分的および全面的な施設介護にあっては、介護保険が給付の対象とするのは直接の介護サービス部分のみであって、宿泊や食事など日常生活に要する費用は要介護者の自己負担とされる³⁾。

第一章の示すごとく、介護保険法が規定するのは、狭義の介護保険の運営だけではない。ドイツ社会における要介護者の位置とそれに対処する措置の投入順位を含む。とすれば、介護保険法の評価はこの秩序目標を基準にしてなされ

べきである。ところで、介護保険法は自己責任の強調、家族や隣人・ボランティアによる介護を最優先させる。その後、介護保険の現物給付としての専門的な介護がきて、最後に、地域財政主体（自治体、州、連邦）によるサービス基盤整備の補助金や周辺の態勢づくりが配置されている。ここに表現されている対処の秩序編成は、ドイツの社会保障を支えている補完性原理（Sübsidiaritätsprinzip）そのものである。

この概念は日本の学界でも定着してきているが、ここで簡単に定義を与えておこう。

社会的（sozial）な問題に対処する望ましい手順としては、自立的な人格の尊重に照応する自己責任を基本に据える。事態の処理が個人の能力を超える時には、まず連帯して助け合う互助組織で臨み、それでも解決不能な事態についてのみ公権力（＝地域財政主体）が登場する。連邦・州・自治体からなる地域財政主体内部にあっても、より下位のレベルの取り組みを優先させる。

定義レベルでとらえると、介護保険法は社会保険の伝統を現代に引き継いでいるにすぎない⁴⁾。だが、担い手の活動にまで考察レベルを下げると、介護保険法はまったく革新的な法律である。というのも、5本目の社会保険を成立させた今日のドイツは、以前の社会保険を成立させた社会と基本構図が変わっている。これを一言でいえば、かつて理念を体現していた組織・社会層が現在では消失している。それにもかかわらず、法律はあえて理念を現実のものとする

³⁾ ドイツの介護保険実施後の早い時期に、これらの条文規定の関係を詳細に扱った研究としては、本沢巳代子、1996年、48～50ページ。

⁴⁾ このドイツ社会の特質を早い段階から指摘していた学者の1人は、ザップである。Zap.W., 1990年、を参照。

態勢を再度築こうとするからである。この事態の変化については、行論に必要な限りで簡潔に説明する必要がある⁵⁾。

(iii)

ドイツに特有の補完性原理は、歴史的に見れば、もともとカトリック勢力が中心になって培ってきた思想である。近代の初頭に、ドイツでビスマルクと文化闘争を戦い抜いたこの戦闘的な世界観の集団は、雑多な職業・身分からなるカトリック信者という核を基盤にして、相互扶助の社会政策を広める社会運動の中心に位置した。その一大集約となった19世紀末期の3社会保険の成立は、社会生活上のリスクに対して相互扶助の理念で対応する全国的な制度の確立を意味する。その理念は、国家による管理を排除して、保険料を負担する労使が自立した管理を行う制度編成に反映している。

ドイツのカトリック勢力は、政治的な代弁者である中央党を通して社会保険の自主的な管理を提唱するのは別に、神の恩寵を感得する精神の相互交流という理念に則って、社会福祉の分野で大衆的な慈善扶助の活動を推進した。急激な産業化の進展による社会問題の続発は、カトリック勢力以外にもさまざまな社会福祉団体を生み出し、それらは次第に全国的な福祉団体に成長した。これらの団体は、受け手に落伍者の烙印を押す公共の救貧政策と対照的に、メンバー間の相互扶助という理念を実際の運営面でも重視していた。それぞれの世界観にたつ集団が社会連帯をスローガンに、次々と社会福祉を手がける。これを今日的に表現すれば、市民イニシアティブの大隆盛といえよう。

限定された目的の社会保険対象サービスを除いた広義の社会福祉は長年にわたり、慈善と相互扶助が入り交じった社会福祉団体による事業と地域財政主体による救貧政策との二重構造になっていた。この二重構造は、第二次大戦後になり長期のキリスト教政権が登場するに及んで、事実上、社会福祉団体の寡占支配をみとめる路線に収斂していった。具体的にいえば、社会扶助の受給者を対象にした福祉サービス事業に関しては、公共の直接的なサービス供給よりも社会福祉団体による提供が優先する。さらに、サービスの費用算定にあっても、事業に要した費用の総体を介護料に転嫁する費用充足方式 (Selbstkostendeckungsprinzip) を用いる。

これらにより、社会福祉事業は供給寡占の構造がすっかり定着し、福祉サービスの供給システムに質的な転換が起きた。そこでは、効果的な経営を追求するメカニズムはなく、高コスト体質は当たり前とされる。職員は悪しき公務員的な勤務態度に染まっていった。介護保険の導入が論議される際には、一方で増大するサービス需要に要する資金をいかに調達するかの財政問題と、他方で、この供給寡占の構造をいかに打破し、要介護者の「生活の質」を満たす社会の態勢を築くかの問題が重大なテーマとなった。この二つのテーマに対して介護保険法が与えた回答は、ドイツ社会に補完性原理を再建するという壮大な実験である。

繰り返せば、補完性原理の定義は、第二次大戦以前であれ今日であれ基本的に相違はない。だが、運営態勢レベルをとれば質的に違っている。第二次大戦以前には、補完性原理を行動準則とする社会福祉団体が存在した。補完性原理

⁵⁾ 詳しい展開については、山田誠，1999年，を参照。

は、実際に機能していた。これが介護保険法になると、2つの分野に異なる戦略方式を採用している。

1つは、狭義の介護サービス分野に対する戦略である。ここで保険制度が受け持つ基本戦略は、一方で家族介護を含めた従来のインフォーマル介護を積極的に活用するために経済的な刺激を与え、他方で専門的な介護サービスについては競争的な市場を創り出す路線である。もう1つの戦略は、介護サービス活動の周辺における支援態勢の整備である。ここでの能動的な働きかけは、地域財政主体が予定されている。要するに、介護保険法においては市場と地域財政主体が補完性原理の秩序を再生させる際の仕掛け人として期待されている。

とすれば、介護保険法の検証で要求されるのは、今日のドイツ社会において補完性原理を再構築する試みのトータルな吟味であろう。本稿はその作業を2段階に分る。まずは、要介護者の「生活の質」をベースにして保険制度が扱う直接的な活動を吟味する。その際、選択の自由を大幅に制限する社会扶助との絡み合いは欠かせない論点である。その後で、狭く限定された保険制度の枠を超えて、介護保険法が想定している社会態勢づくりを考察する。

Ⅲ 介護保険の運営と地域財政主体

1) 介護保険の仕組みと給付実績

(i)

最新の論文においてロートガングは、4つの目標項目を吟味した後で政策提案として、専門的な介護の人材確保を提示する。その提案は介護保険と社会扶助の受給者データ、さらには介護者の長期シミュレーションを踏まえて、説得

力を持たせる工夫がなされている。とはいえ、そこには世論の関心と合致する政策が予め用意されていて、それにたどり着くように、目標設定・分析視角・素材となるデータが配置されているに過ぎない。介護保険法が有する秩序目標はいっさい視野に入っていない。

すでに見たごとく、介護保険法は要介護者の「生活の質」を主たる目的としているが、この目的を保険制度だけで達成できるとは見ていない。「生活の質」の具体的な構成内容は、個人個人の価値観・好み・人間関係などのファクターが重なり合って、多様性に富むものとなる。きびしい予算制約の下で、増えていくサービス需要を賄うには社会各層の自発的な取り組みが不可欠となる。このような枠内で、保険制度はさまざまなレベルの要介護者にどの程度対応できているのか。また、その運営は補完性原理と適合的かが問われる。

介護保険法とその保険制度は、少なくない改善点を抱えているのに、奇妙にも最近まで批判がほとんど起きなかった。どの論者も、主要な理由の1つが安定した財政運営であると指摘する。その際、彼らは客観的なデータの提示に終始して、介護保険に対する人々の共感の原因を探ってはいない。

確かに介護保険の財政は安定している。受給者の増大が落ち着きを見せ始めた1999年から、保険財政は赤字に陥っている。とはいえ、保険が過去に蓄積している黒字額から見れば、年々の赤字額は小さい。2000年のやや大きい数値は、法律改定により失業保険庁が介護保険に納付する失業者の保険料を2億ユーロ削減したためである。その影響が薄れてきた2001年度は再び赤字額が減少さえしている(表1)。

表1 公的介護保険の財政実績

(単位：億ユーロ)

会計年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
総収入							
保険料	83.1	119.0	157.7	158.0	161.3	163.1	165.6
他の収入	0.9	1.4	1.7	2.0	1.9	2.3	2.5
合計	84.1	120.4	159.4	160.0	163.2	165.5	168.1
支出							
給付のための支出	44.2	102.5	143.4	150.7	155.5	158.6	160.3
金銭給付	30.4	44.4	43.2	42.8	42.4	41.8	41.1
現物給付	6.9	15.4	17.7	19.9	21.3	22.3	22.9
家族介護者の一時的代替介護	1.3	1.3	0.5	0.6	0.7	1.0	1.1
デイケア・ナイトケア	0.1	0.3	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7
ショートステイの施設介護	0.5	0.9	1.0	1.1	1.2	1.4	1.5
家族介護者のための年金の保険料	3.1	9.3	11.9	11.6	11.3	10.7	9.8
特別／技術的援助	2.0	3.9	3.3	3.7	4.2	4.0	3.5
施設介護（高齢者向け）	0.0	26.9	64.1	68.4	71.8	74.8	77.5
施設介護（身体障害者向け）	0.0	0.1	1.3	2.2	2.0	2.1	2.1
管理費（介護金庫分）	3.2	3.6	5.5	5.6	5.5	5.6	5.7
MDKへの支払い （受給者の認定と立ち入り検査）	2.3	2.4	2.3	2.4	2.4	2.4	2.5
他の支出	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2
合計	49.7	108.6	151.4	158.8	163.5	166.7	168.7
流動性							
剰余金	34.4	11.8	8.0	1.3	-0.3	-1.3	-0.6
連邦政府への移転	5.6						
現金残高	28.7	40.5	48.6	49.9	49.5	48.2	47.6

(出所) ドイツ連邦保健省ホームページ (<http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm> , 2002年10月14日現在) を一部加工。

表2 要介護認定の基準

	介護の分野および頻度	介護時間
介護等級Ⅰ (かなりの要介護者)	身体的介護, 栄養補給および移動の分野に関し, 1ないし複数の分野の最低2つの活動について, 最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて, 週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日平均 90分
介護等級Ⅱ (重度要介護者)	身体的介護, 栄養補給および移動の分野に関し, 異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて, 週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日平均 3時間
介護等級Ⅲ (最重度要介護者)	身体的介護, 栄養補給および移動の分野に関し, 夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて, 週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日平均 5時間
児童規定	同年令の健康な児童の活動に見合う追加的な援助需要を標準として組み入れること。	

(出所) Klie, Thomas: *Pflegeversicherung*—Dritte, neubearbeitete und erweiterte Auflage. Vincentz Verlag · Hannover, 1996, S.19.

この実績は他の社会保険が保険料の値上げ・給付の削減で絶えず紛糾している事態とは際違った展開である。とはいえ, 金銭給付の割合が事

前の見込みよりも高かったという点を除けば, 制度の仕組みに秘密めいたものはない。要介護の認定水準は日本と較べて著しく高い(表2)。

逆に給付は、保険給付だけで必要な介護サービス量を確保できる水準ではない。それに加えて、この給付水準を金額的に固定していて、保険料の率・給付水準とも引き上げは予定されていない。この保険構造は、日本の制度に比すれば要介護者にとって格段に厳しい⁶⁾。

整理すれば、ドイツの介護保険は要介護者のかなりの部分を引き受けず、受給資格者に対する給付レベルも低い。限定した機能しか備えていない完結度の低い制度は、さらに格段に低い水準の金銭給付をも組み込み、一見して安上がりの保険に仕立てられている。その制度が財政運営面における所期の目標を達成している。それゆえ、問われるべきは、この「安価な保険」がなぜ要介護者とその関係者の間に浸透し、社会全体の好意的な評価を生んだのか、である。

(ii)

諸般の事情から、介護保険は「安価な保険」に仕立てられた。けれども、ドイツ社会が高い満足感を覚えたのは「安価な保険」だからではない。本稿は、そこに介護保険法が提示する秩序目標に対する社会の側の受容を見いだす。

公的な扶助と社会保険の違いは、最後の安全ネットワーク機能に基づく一方的な救済と相互扶助機能による人生上のリスクへの対処という制度の社会的な性格にある。とすれば、社会保険がその機能を発揮できているかどうかは、円滑な資金調達などの制度管理とは別に、参加者の理念に対する同意および制度利用に際しての資金提供者と受給者の共感が重要である。この社会的連帯を実体化する度合いに応じて、形式上は社会保険と呼ばれる制度が、公的扶助に近

いものから本来の社会保険の間を動くことになる。

同意や共感を抜きにして資金関係だけを取りだすと、サービスを受給する要介護者・関係者と資金の負担側とは利害が対立する。それゆえ、ドイツ社会が介護保険に満足してきたのは、それが安上がりの運営という事実に基づくものではないか、との疑問がすぐに浮かぶ。資金の提供者にとって負担が少ないのは望ましい。しかしながら、財政的な安定は事後的に判明するのであって、制度が発足した直後から運営の結果が分かっていたわけではない。事実、政策分析家たちはもっと高価な保険になると予言していた。その予言があっても、ドイツ社会は介護保険の導入を歓迎した。

介護保険は導入時に「安価な保険」であっても、それに沿って運営するのは容易な苦勞ではない。というのは、法律の目的に「生活の質」が掲げられていることもあるが、介護サービスがサービス量を膨張させる特質を備えているからである。そのことは、生命を扱う医療と較べると明瞭になる。先端技術の開発に大量の資金が必要な医療も、サービスの対象は基本的に患者の身体に限定される。介護にあってはサービスの対象が身体という限定を取り払い、論理的にはサービス需要をかぎりなく増やす方向のベクトルとなりうる。できるだけ少ない資金でこのベクトルをいかに自制させられるか。介護保険の最大の工夫はこの点にかかっている。

要介護者の場合、基本的に疾病などの症状は安定している。彼らの「生活の質」は、症状の安定度に応じて日常生活上の要求が構成比重を

⁶⁾ この点の具体的な比較については、山田誠、1997年および山田誠、1998年を参照のこと。

高める。それにつれて、要介護者が家族や知人などを需要する頻度は高まる。その一方、要介護者を抱えた家族や知人は、自己の行動が著しく制約される。介護を私的な世界の苦勞と見なす状況は、ストレスを蓄積させて、ついには高価な施設介護に任せる傾向を生む。これを回避するべく、介護保険は家族や知人たちが積極的に介護を引き受ける環境を安価に工夫している。

ドイツの保険制度では、給付水準と種類別に異なる給付額の組み合わせが家族介護を選択するインセンティブを生んでいる。

これを簡単に説明すれば、介護保険の認定と給付の格付けは、サービス事業者とは別組織のMDKという略称で呼ばれる組織（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung、もともと医療保険の疾病鑑定のために設置された組織）が担当する。要介護度は大きく3段階に分けられて、それぞれの段階ごとに、施設介護と在宅介護な

どのタイプによる受給額の上限が定められている。それらの専門的介護とは別に、家族や知人による介護を想定した金銭給付も選択肢として用意されている（表3）。この表を見れば、当然、要介護のランクに照応して、同時に金銭給付、在宅介護、施設介護という給付種類の順で受給額は高くなる。

すでに述べたごとく、給付額は在宅でも施設介護でも標準的サービスと見なされるだけのサービス量を賄えない。そういう給付水準のもとで、現物給付の支給額と較べて一段と少ない金銭給付が圧倒的に選択されている。この給付は、新制度に付随する錯覚現象の時期を超えて、傾向的に比重を下げながらも、大半の人々により選び取られている（表4）。つまり、直接、要介護者とかかわる人々は、自身でより多くの追加労力を投入する道を選択してきた。この選択動向は、要介護者が主観的に下す経済合理的な判

表3 給付の種類別にみた保険給付の水準

(単位：ユーロ/月)

要介護度	在宅介護		デイケア ナイトケア	施設介護
	金銭給付	現物給付	現物給付	現物給付
I	205	384	384	1,023
II	410	921	921	1,279
III	665	1,432	1,432	1,432
特別に過酷なケース		1,918		1,688

(出所) Rothgang, Heinz 「ドイツにおける高齢者介護保険」女性労働問題研究会編『介護労働の国際比較』青木書店、2002年、33ページ（表現を一部修正）。

表4 給付の種別にみた在宅介護の受給者構成

(単位：%)

	1995年	1996年下半期	1997年	1998年	1999年	2000年
現物給付	7.9	8.9	9.6	10.6	11.5	12.2
現物・金銭給付の混合	7.9	11.4	12.6	13.5	14.5	14.8
金銭給付	84.3	79.6	77.8	75.9	74.0	73.0

注) 比率の数値はデータ整理の仕方により違いが生じるようである。

(出所) Rothgang, Heinz 「ドイツにおける高齢者介護保険」女性労働問題研究会編『介護労働の国際比較』青木書店、2002年、35ページの表を一部加工。

断と家族・知人の効用関数の組み替えが合成された結果といえる。

要介護者にとってみれば、施設介護を選べば保険給付の額は大きくとも、以前と同じく、社会扶助に落ち込む危険と隣り合わせになる。在宅介護であれば、サービス量を自己調整して給付額内におさめれば、追加の資金負担はない。家族・知人による介護を選べば、それなりの金銭を提供できる。この感知できる金銭損得感は重要である。もう一方の家族・知人にすれば、幾ばくか自己の自由になる金銭収入がある。この直接的な効用に加えて、介護活動に対する社会的な認知は、介護への参加意欲を強くかき立てる。介護に従事する家族・知人は、金銭給付を受ける要介護者から金銭の提供を受けても、それは謝礼であって労働報酬とみなされず所得申告は必要ない。非職業的な活動なのに、労災保険の対象にはなるし、自己の保険料を負担すれば、公的年金にも加入できる。ここから、家族は報われなかった家族介護が社会に認知された労働になったと判断する。

社会全体は要介護者の周辺にいる人々がさまざまな要因を考慮して、最終的に家族介護を決断する様子に接して、拡大された自助努力と見なし肯定的に評価する。要介護者、家族・知人、それと資金提供者の双方が制度導入によって生まれた事態を好ましいと受けとめている。この事態の共有があればこそ、政策分析家が個別条項の欠陥を指摘しようと、介護保険は世論からほとんど批判を浴びないできた。補完性原理の社会的な受容という観点に立てば、家族介護に重心をおいた保険制度は目覚ましい成果をあげたといえる。

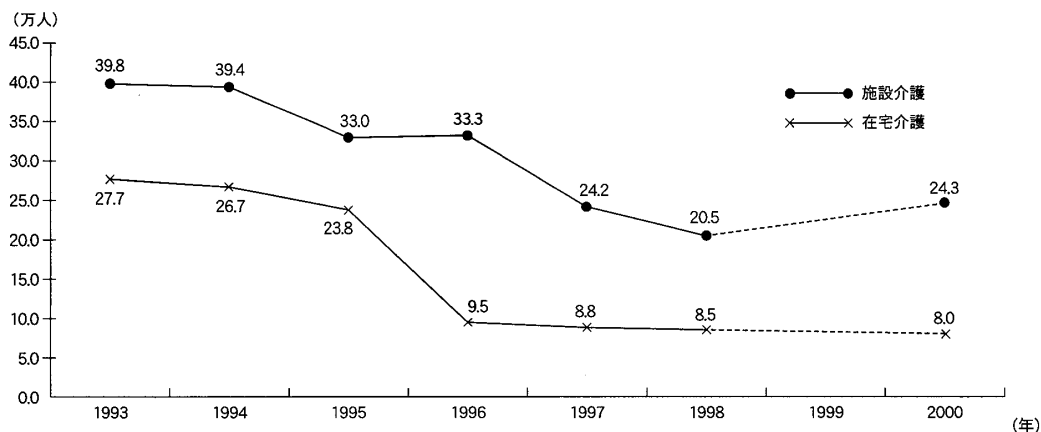
2) 社会扶助と地域財政主体の多様な取り組み (i)

ドイツ社会に新たな負担を強いたにもかかわらず、要介護者の給付選択のあり様はスタート時の保険制度に対する深い共感を生み出した。それが重要な一歩であるのは間違いないが、「安価な保険」を命題にしている保険制度が補完性原理の再構築に向けて直接にとれる行動はほとんどない。この点で、法律は地域財政主体にいくつもの重要な任務を課している。そのため、抽象的な補完性原理から見るとやや混乱した事態が生まれる。

介護保険法の世界を補完性原理の秩序区分で整理してみると、第1ステップにあたる自助努力は、保険の資金調達面において勤労者の休日出勤を一日設定した点にある⁷⁾。給付面については、要介護の高い認定基準と低い給付水準の設定がその内容である。つぎに、第2ステップの相互扶助の機能はいかに構想されているのか。歴史的にこの機能を体現してきた社会福祉団体が異質な組織に転化しているからこそ、介護サービスの市場型取り引きが積極的に採り入れられている。第3ステップには、公権力による最後の安全ネットワークの引き受け＝社会扶助が来る。第1ステップと第3ステップの間には、要介護者を社会扶助に落ち込ませない措置、さらに広義の要介護者をサポートする社会態勢づくりの措置がいくつか用意されている。これは補完性原理の秩序区分でいえば第2ステップに分類されるしかないから、広義の相互扶助の機能と呼ぶことにする。その機能の担うのは、地域財政主体（ここでは連邦を除いた州、自治体）である。

⁷⁾ 産業界の根強い抵抗を受けるなかで準備された介護保険法は、給付拡大に厳しい歯止めを設けると同時に、資金調達に関して勤労者が基本的に責任を負う立場をとることで、抵抗を突破した。

図1 介護サービスを利用している社会扶助の受給者数



(出所) Moldenhauer, Meinolf: Herausforderungen und Reformbedarf der Pflegeversicherung, in; *Arbeit und Sozialpolitik*, 3-4 / 2001, S.35, und Haustein, Thomas: Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2000, in; *Wirtschaft und Statistik*, 2/2002 S.131,を合成。

結局、現代における補完性原理の再構築をめざす介護保険法で、地域財政主体は第3の機能に加えて第2の機能まで担う編成になっている。介護保険法は、社会福祉団体が官僚化・自治体の下請け機関化した事態を改革する戦略として、本来の官僚組織に相互扶助の機能を果たすよう求めている。この自治体革新が果たしてどこまで可能なのか。注目される検証課題の1つである。

第2ステップの機能を分析する以前に、地域財政主体にとって本来の任務である社会扶助を取り上げよう。その場合も、検討の視角は、社会扶助が介護サービスをどう処理するかではなくて、要介護者が社会扶助の受給者になるのを防ぐ措置が効果的に機能しているかに着目する。この視角に関しては、ロートガングやモルデンハウアとそれ程大きな相違はない。彼らとの違いは、その方向性にある。彼らは現在の給付水準をできるだけ長い間維持するという現行法的前提を放棄し、高価な保険へと進路をとる。

公的扶助は一般に受給者の権利を厳しく制限する。それは「人間の尊厳」理念を掲げて、補

完性原理の秩序原則を明記するドイツの社会扶助の場合にも同じである。介護分野における社会扶助の受給は、自己の資産を使い果たし、収入の処分権を自治体に委譲し、近縁の親族が扶養負担の責任を負うことが前提である。勤労者として通常の人生を送ってきた人々が、要介護の状態になり施設にでも入所すれば、自己の所得・資産を使い果たして社会扶助の受給者になる。これは介護保険より前の要介護者にとって一般的な姿であり、当時は施設入所者の4分の3以上が社会扶助を受けていたとされる。介護保険法を作る理由の1つがこの事態の解消にあったことは間違いない。

この経緯もあって、多くの研究者が介護保険と社会扶助の関係に注目する。実際、介護保険の実施により、社会扶助のうち在宅介護あるいは施設介護の対象者は目覚ましく数値が下がっている。在宅介護にあっては、27万7千人から8万人へと3分の1以下にまで減少した。けれども、施設介護は39万8千人から20万5千人と半分のレベルにとどまるばかりか、底の水準から再び上昇傾向が見える(図1)。

モルデンハウアやロートガングによれば、社

表5 社会扶助のうち介護サービス向け財政支出の推移

(単位: 億ユーロ [上段]
対前年比% [下段])

年 費目	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	1994~1998年 の変化累計
合計	65.99	62.64 -5.1	48.23 -23.0	25.08 -48.0	22.84 -8.9	23.20 1.6	23.08 -0.5	-43.15 -65.4
施設介護関係	57.96	57.55 -0.7	44.53 -22.6	21.33 -52.1	18.94 -11.2	19.23 1.5	18.59 -1.4	-39.02 -67.3
在宅介護	8.03	5.09 -36.6	3.70 -27.3	3.75 1.4	3.90 3.9	3.97 1.7	4.12 3.9	-4.13 -51.4

(出所) Rothgang, Heinz 「ドイツにおける高齢者介護保険」女性労働問題研究会編『介護労働の国際比較』青木書店、2002年、38ページの表を一部加工。

会扶助からの救出問題に対する照準は施設介護に向けられていた。しかるに、介護保険は要介護になってから社会扶助の受給対象になるまでの期間をある程度長くしただけに過ぎない。その原因が給付額の固定化にあるとして、彼らは給付水準の動態化を求める。だが、裏側から見れば、この低い給付水準であるが故に、どのレベルの受給者や家族も資金負担や労力の提供などを求められる。つまり、補完性原理に即して言えば、それは介護をサポートする社会の活動や最後の安全ネットワーク（社会扶助）の前段として要求される自己努力という側面がある。彼らにはそれが見えない。

ここで留意すべきは、保険の低い給付水準が直ちに社会扶助の受給者数を決定しない点である。介護保険法の施行により、介護サービスに優先する予防、リハビリテーションの活動が明示的に定められた。州が中心になって施設介護などのインフラストラクチャーを整備する規定もある。これらの措置の総合的な作用が社会扶助の対象者数を動かす。

(ii)

地域財政主体が新たに担う第2ステップの機

能に移ろう。要介護者が社会扶助になるのを防ぐ方策はいくつかある。その実施レベルも州と自治体に分かれる。ここでは州政府の責任に属する措置のうち大きな2つ——投資助成金と施設介護手当て (Pflegewohngeld) ——に絞ろう。

もっとも社会扶助に落ちやすい施設介護を選択した要介護者の対策の1つに、州政府による投資助成金の提供がある。保険の導入により社会扶助の支出を大幅に削減できる州・自治体が浮いた資金を元に介護事業の基盤拡充のために投資助成金を大々的に提供する方式である。それにより、介護施設が入所者に請求する諸費用のうち投資コスト分を低く抑えるわけである。

ロートガングも述べるごとく、社会扶助の財政支出は受給者数よりドラスチックに減少する。諸般の事情から社会扶助の対象となっても、保険給付が先行するため社会扶助の金額はそれだけ少なくなる（表5）。この財政負担の軽減分をどう使うかは介護保険法の準備段階における争点の1つとなり、介護保険法9条に、その節約分は介護サービス基盤の充実に投入されるべきことが明記された。とはいえ、投入規模をめぐっては、連邦政府・議会側と州政府の間に大

きな見解の相違が存在した⁸⁾。

社会扶助の支出推移は、保険導入前である1994年の数値を頂点にして、その後は在宅介護、施設介護がいきなり支出額を減らしている。全体額は1998年に最低値を記録した後、再び上昇の趨勢が現れている。支出動向を決めているのは受給者減の割合が低い施設介護である。ロートガングらの2001年論文は、社会扶助の節約額に対する投資助成の割合を推計している。それによれば、西側の在来州についての投資助成率は、13～30パーセントに過ぎない⁹⁾。この値が高いか低いかは、介護サービスをめぐる需給動向と絡めて評価すべきである。全体としては、サービス施設が必要な介護の種類を中心に、整備はあまり順調に進んでいないというのが私

の感想である。しかし、節約額を要介護者向けに役立てる特別措置という点でいえば、いくつかの州が採用している施設介護手当て(Pflegewohnngeld)が注目される。

ノルトライン・ヴェストファーレン州の州介護保険法の関連法規集には施設介護手当てを受ける際の計算例が記載されている(表6)。この手当ての導入は施設介護を受けている人々に、どのような作用をもたらしたであろうか。その実証分析はさまざまな阻害要因のため容易ではない。ロートガングらは、介護保険が施設介護を扱うようになった1996年夏から1997年1月の時期をとり、この州のうちの南半分を管轄している広域計画・福祉連合ラインラントのケースを分析している。

この連合内において当時、データ調整済みで施設介護手当ての有資格者は4万8,150人である。そのうち、社会扶助の受給者は、1996年6月に3万7,198人であったが、1997年1月に2万8,379人まで減少した。社会扶助から外れた人の総数1万1,811人について原因別に取りだせば、施設介護手当て6,195人、介護保険の給付3,793人、死亡1,823人となっている。ここから、社会扶助からの救出にとって介護保険は限定的な役割しか果たさず、その一方で、施設介護手当てのもつ役割が大きいのが分かる¹⁰⁾。

施設介護手当てと介護事業所に対する直接の投資助成金を合わせても、この州が1998年に支出した金額は7億4,000万マルクにとどまり、それは社会扶助の節約分の35パーセントに過ぎない。同様の手当てを支給する州は他に、ハンブルク、シュレスヴィヒ・ホルシュタイン、ニー

表6 施設介護手当ての計算例

(単位：マルク/月)

A) 施設の請求費用構成

狭義の介護費用	2,344
宿泊及び食事費用	1,200
設備の維持・費用	656
総計	4,200

B) 該当者の月当たり収入 1,900

C) 該当者の要介護度はⅡもしくはⅢ

その場合には介護金庫が、狭義の介護費用を全額支払う。

D) 残りのコストは、該当者の自己負担。

- ・まず、宿泊及び食事費用を優先的に支払う。
- ・手元に700マルクが残っている場合の手当て計算例。
- ・自己が自由に処分できる資金として336.70マルクが認められる。
- ・656マルクを支払うには、363.30マルク不足する。
- ・手当て包括表の対応する欄を見れば施設介護手当て325マルクを得る。

(出所) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: *Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen*, 1996, S.69.

⁸⁾ Roth, Günter & Rothgang, Heinz, 2001, S.293.

⁹⁾ Roth, Günter & Rothgang, Heinz, 2001, S.297.

¹⁰⁾ Rothgang, Heinz & Volger, Anke, 2000.

ダーザクセン、ザールラントがある。支給水準の高さ次第で施設介護手当てを採用しても社会扶助の受給者が必ず著しく減少するわけではない。とはいえ、1994～98年のデータによれば、ノルトライン・ヴェストファーレン州の55.5パーセントを筆頭に、5州の減少率は西側の在来州内において高い位置を占める¹¹⁾。したがって、施設介護手当てについては、介護保険の低い給付水準をカバーする機能が確認できる。

(iii)

つぎの検討対象は、地域の要介護者、サービス事業者を直接に把握した上で、全体として介護サービスの授受が円滑に遂行される社会環境を生み出す現場である。地域財政主体にあって、この課題を担当するのは、市町村の上にある中間自治体（郡、特別市）である。地域に住む要介護者とその家族のための条件づくりの前線にいる中間自治体は、介護サービスの需要と供給の実情を調査し、必要なサービスの整備を企画する（介護需要計画の作成）。また、介護サービスの供給と密接に関係している諸機関・団体を一堂に集めて、現場の介護サービス提供に関する調整の機会を設ける（介護サービス調整会議）。これらの任務を、現実の中間自治体はどのように果たすのか。ここでは、広域計画・福祉連合ラインラントの域内にあり、ドイツで4番目に大きな都市・ケルン市（人口約百万人）の介護需要計画を手掛かりに、条件整備の実態に迫ってみよう。

高齢化率15.5パーセントのケルン市は最近、『第3次介護需要計画（2001～2006年）』を発表

した。ケルン市の計画書は、調査データを特定の計算式に当てはめて将来需要を予測し、必要と見込まれる需要量が市域内で偏らないように整備計画を立てる。この方式にあっては、基礎資料の正確さが需要の予測値の鍵となるので、相当に網羅的なデータ収集がなされている。また、第3次計画書は、大多数の項目が先の調査と比較されているため、最近の趨勢がよく分かる（調査日時は1997年3月31日、1998年12月15日、2000年12月15日）。それを見ると、ケルン市における介護サービスの需要構造は全国平均の動向と大きくズレていて、大都市型と呼びうる姿になっている。

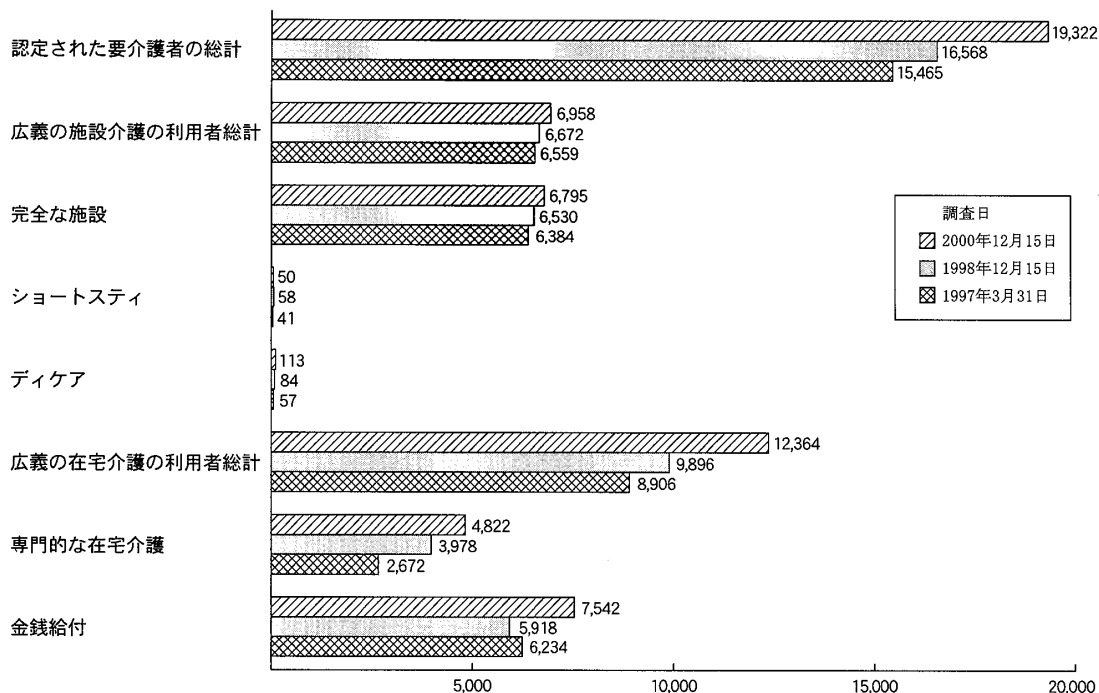
主な全国平均との違いを抽出してみよう。介護給付の総数をみれば、全国の介護保険ですでに頭打ちの局面を迎えている（1998～2000年に4.8パーセント増）。ケルン市は、その2年間に16.6パーセントも増えている。また、サービス種類でみると、全国では完全な施設介護が5万人ほど入所者を増加させ、その比率も1.4パーセント・ポイント増えている。ケルン市は入所者数こそ265名増えてはいるが、比率を4.2ポイントも下げている。金銭給付を選択する人数は、全国平均と違って、ある程度変動は見られるが比率はあまり変わっていない。結局、在宅の専門介護が需要の増大分を一手に吸収している（図2）。この在宅介護の拡張自体は、全国レベルと共通した方向といえる。

ケルン市の計画書は資料分析を踏まえて、2006年までのサービス整備計画を提示する。長期の介護施設は400名近い需要増に見合う施設を1カ所。需要拡大が期待されるショートステイは、地区ごとの配備が望ましい。とはいえ、

¹¹⁾ Roth, Günter & Rothgang, Heinz, 2001, S.298.

図2 ケルン市における要介護者の構成

(単位：人)



(出所) Stadt Köln : *Pflegebedarfsplan 2001-2006*, Stadtgebiet insgesamt, Stand März 2002, S.20.

需要が伸びない現状では、病院や長期介護施設などが複合機能を併せ持つ方式を受容すべきである。ディケアの供給能力はすでに十分なものの、ショートステイと同じく、地区単位の配備という基準に沿って1カ所の整備が進行中である。

これらの具体策を計画する一方で、サービス需要が急激に伸びている在宅の専門介護については、サービス取り引きを自由市場に任せるとの理由で、計画値を示さない。さらに、最大の受給者グループである金銭給付の人々に対しては、従来のサービスセンターを27カ所の高齢者相談センターに組み替えた記事のなかで若干言及されている程度である¹²⁾。ここからは、介護需要計画が投資助成金を入手するだけの計画だと、読みとれよう。

ケルン市の計画書は、はもっぱら現実の需要動向を後追いし、せいぜい施設サービスの空間配置を誘導する目標があるにすぎない。補完性原理を導きの糸にして、全体としての要介護者の「生活の質」に向けての隘路発見や課題提示に取り組むという戦略は見られない。だから、金銭給付と専門的な在宅介護を合わせて1万2千名に達するというのに、ショートステイ、ディケアの利用者がそれぞれ50名、113名という事態について、掘り下げた分析と対策はない。また、ディケアの提供サービス内容も、日本のプログラムと較べれば「老人守り」のイメージが強い。

総合的な機能を求められる中間自治体であるが、統括する能力と意欲をもたないのは、介護需要計画だけではない。政策や措置提案に必要

¹²⁾ Stadt Köln: *Pflegebedarfsplan 2001-2006*, 2002.

な介護保険、施設介護手当、社会扶助の受給者の重なり具合などを分析しようにも、基礎となるデータからして統一して蓄積されていない。わずかに、介護需要計画の調査において要介護者のグループ別に社会扶助との重なりが見出せる。それによれば、社会扶助は介護施設の入所者のうち42パーセント（約2,840名）、専門の在宅介護の利用者のうち12パーセント（約560名）が受けている¹³⁾。しかしながら、この数値は、ケルン市の社会福祉局から入手した数値とは大きくかけ離れている。

社会扶助の受給者数に関する社会福祉局の資料は、2枚に分かれている。1枚は1993～97年の在宅介護の経年変化の表である。もう1枚は、棒グラフで在宅介護と施設介護の受給者数を示し、1月、7月の年2回の記載間隔で、1999年1月～2002年7月を記録している。在宅介護は、介護保険の実施による受給者減がハッキリと分かる（1994年8,412名から1997年2,106名へ）。棒グラフの資料からは、その後も同じ水準だと分かる。施設介護は5千人台の後半と高い数値ではあるが、やはり期間中は同じ水準を維持している。そこには、施設介護手当の受給者も含むとの注書きがある¹⁴⁾。

ケルンのような大都市になると、施設介護の支払いは重く、社会扶助や施設介護手当の助けがなくても介護施設を長期に利用できる者は、1千名余りしか居ない。その半面で、全国レベルでは1999年から施設介護も在宅介護も社会扶助の受給者数は増加に転じているのに、ケルン市にあっては2002年夏になっても、増大傾向は現れていない。どこでも、その原因と意味が検討されている様子はない。

社会扶助、施設介護手当、介護保険の給付、そして介護需要計画を見るかぎり、従前と同じく上位自治体と中間自治体の権限配分あるいは部署ごとに縦割り構造で、相互に絡み合う課題もばらばらに処理されているようである。要するに、ここでの吟味からは、地域に住む要介護者や家族を支える前線の中間自治体は、第2ステップの機能を果たす方向での自己革新を遂げていないという結論にいたる。

3) 要介護者のサービス選択と事業所の経営

(i)

介護保険法は、要介護者の「生活の質」をドイツ社会の共同課題として設定する一方で、介護保険の現物給付については、基本的にサービス市場で取り引きさせる立場をとる。とはいえ、介護サービスの受け手は、大半が発言力の弱い人々である。この与え手・受け手の一般的な関係に重ねて、ドイツの介護分野では、長い期間、社会福祉団体による寡占構造が築かれてきた。これら競争市場の形成を阻害する要因に加えて、自治体の介護需要計画は、社会福祉団体が優勢な施設介護の分野において供給能力を強力に誘導する性格のものである。

サービス市場は法律を作ったからといって、自動的に生み出されるものではない。現実社会の阻害要因に着目すれば、現実の保険給付に関連した運営実態の検証が必要となる。その際、市場方式への切り替えの経緯からして、要介護者が自己の選好に合う選択をしえているか、と同時に、社会福祉団体がどの程度まで入所者優先の経営スタイルに転換できているか、が検討の視角となる。

¹³⁾ Stadt Köln: *Pflegebedarfsplan 2001-2006*, 2002, S.107 u. 170.

¹⁴⁾ ケルン市社会福祉・青年・高齢者担当局長である Fohlmeister 氏より、2002年9月3日付けで送付された資料。

表7 給付種類別に見た要介護者の構成（全国）

（単位：人）

給付年	金銭給付	現物給付	金銭・現物の混合	休暇中の代替介護	デイケアおよびナイトケア	ショートステイ	完全な施設介護	身障者施設での完全な介護	受給者の総計
1995	887,403	82,790	82,293	10,783	1,777	3,649	—	—	1,068,695
1996 ^(注1)	943,878	105,879	135,305	6,805	3,639	5,731	355,142	5,711	1,562,088
1997	971,939	119,428	157,543	3,716	5,065	5,633	425,682	38,408	1,727,414
1998	962,669	133,895	171,764	4,070	6,774	6,199	452,750	56,543	1,794,664
1999	982,877	152,684	192,556	5,716	8,673	7,146	485,014	53,875	1,888,505
2000	954,684	159,693	193,018	6,313	10,287	7,696	494,793	55,641	1,882,125
2001	962,130	161,653	201,667	7,495	12,177	8,108	513,377	58,446	1,925,053

注1) 1996年の完全な施設介護については、7月1日からの半年間の値である。

(出所) ドイツ連邦保健省ホームページ (<http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm>, 2002年10月14日現在) を一部加工。

ロートガングによれば、介護保険法の規定により社会福祉団体に対する以前の特権は撤廃されて、介護サービスの分野には競争市場がすでに出来あがっている¹⁵⁾。その際、紙幅の制約もあり、彼は主張の裏付けを全然提示していない。ところが、競争市場の熟度を論証するのは一筋縄ではいかない。介護サービスの市場の成立には、供給側における参入障壁の撤廃とともに、需要側からは、自己選択に向けた幅広い選択肢が求められる。介護サービスのマクロ・データから、この点を確認しよう。

介護保険の給付は1995年4月から始まったが、1996年6月までは施設介護が対象になっていない。この点を考慮して介護保険給付の動きを見ると、次のような傾向が読みとれる(表7)。当初、圧倒的な比重を占めていた金銭給付が次第に比重を下げて、近頃は半分の水準になっている。それに対して、在宅介護は順調な伸びを示す。もっとも高い伸び率は、性格づけの難しい金銭・現物の組み合わせタイプである。完全な施設介護の利用者は着実な増大ぶりを見せて

いる。意外な感がするのは、在宅介護をサポートする休暇時の代替介護が経年につれて減少し、デイサービスもショートステイも伸び悩んでいることである¹⁶⁾。このサービス利用動向を見れば、幅広い選択パレットから専門の在宅介護、それと金銭給付を組み合わせた複合型を選択している受給者の姿が浮かび上がってくる。

同じ論文のなかで、ロートガングはノルトライン・ヴェストファーレン州内にある介護サービスの事業所に関する調査データを載せている。1997年3月31日と1998年12月15日の調査によると、在宅介護の事業所は2,243から2,460カ所へと9.7パーセント増加しているが、施設介護の事業所は計画的コントロールのせいか1,526から1,537カ所へとわずか0.7パーセント増に過ぎない。この時、収容能力に着目すれば130,638から142,377床へと9.0パーセント増大している。このベッド数の増加は、この間、複数収容の部屋が相次いで個室に改修されている事態を踏まえば、かなり大々的なベッド増床があったといえる。収容能力の拡充の源は、これまで有料

¹⁵⁾ Rothgang, Heinz, 2002年, 33ページ。

¹⁶⁾ Rothgang, Heinz, 2002年, 35ページには、彼の独自計算により2000年までの数値が表示されているが、値は表7とかなり違っている。その場合も、1998～2000年は安定した推移を示している。

老人ホームと介護施設を複合経営していた事業所（かなり大きな経営規模では広く見られたスタイル）がドンドン介護施設に特化したためと思われる。

この資料は、社会福祉団体とそれ以外の経営を区別して調査している。それによると、在宅介護にあっては、社会福祉団体は半分以下であるだけでなく、47.7から42.7パーセントへと5.0パーセント・ポイントだけ比重を落としている。ところが、施設介護に関しては、6割を超えているばかりか、62.5から66.0パーセントへと比率を高めてさえいる¹⁷⁾。事業所サイドのデータを読むかぎりでは、在宅介護の分野には民間部門を中心に積極的な新規参入が起きているものの、事業をはじめまで大量の資金投下が必要な施設介護の分野は、社会福祉団体の寡占構造が維持されている観がある。

集計データの概観をまとめれば、施設介護は灰色部分を強く残しているも、介護サービスは市場取り引きになっているように見える。競争市場の重要なメルクマールとして、需給を調整する競争価格がある。もっとも、今までの社会保険には公正の観点から、統一価格もしくは公定価格が採用されてきた。ところが、介護保険にあっては管理者である介護金庫との交渉による合意という条件を付すが、サービス価格は事業者ごとに異なる。

たいていの解説や論文では、在宅介護は年毎に単価の引き上げなどあっても、州域内では統一価格だとなっている。今回のケルン市域の調査からして、少なくともノルトライン・ヴェス

トファーレン州は、個別交渉方式を採っている。各種のコスト要素を積み上げてサービス料金の交渉がなされる¹⁸⁾。そうして作られた料金表の内容を、労働者救援同盟（ASB）が開設している在宅介護事業所の料金表に基づいて、簡単に紹介しよう。

30項目からなるサービス料金表は、意外なことに、時間当たり価格ではなく、1回当たりの価格として記載されている。もっとも安いサービスは、訪問活動1.53ユーロを別にすれば、住居の暖房管理2.39ユーロである。そのすぐ上のサービスは3.99ユーロとなっていて、これは4種類が記載されている。反対にもっとも高い価格グループに属するサービス種類は、いくつかの基本サービスを組み合わせたセット項目である。家事のメニュー・コース（住居全体の清掃、衣類の洗濯から片づけまで）30.31ユーロ、生活介護のメニュー・コース（シャワー、身体清拭、排泄、食事の手助け、ベッドづくり・就寝準備）29.15ユーロなどがある。それ以外にいくつかを記せば、最低15分間の移動介助7.18ユーロ、役所や医療機関の訪問14.36ユーロなどが挙げられている。在宅事業の難しさの1つである介護者の移動時間への対処を考えれば、事業所はサービスの受け手にセット項目の利用を積極的に売り込んでいるはずである。

施設介護の利用料金が経営体ごとに違っているのは当初から広く知られていた。食事を含めた生活経費、施設整備への投入費用に対する負担といった費目が、それぞれの経営体ごとに異なるのは当然だからである。今回の調査において、要介護度に応じてランクづけされた介護料

¹⁷⁾ Roth, Günter, 2000, S.188~189.

¹⁸⁾ 別の調査先である民間の事業者からの情報では、サービスごとの点数は決まっていて、それを金額換算する際に一定の幅がある。介護金庫とは点数当たりの単価が0.035~0.014ユーロのどの値を認めてもらうかを交渉する。この情報については、2002年8月24日に Gisela Klein 氏を通じて入手した。

表8 人気の高い介護施設の料金表 (Anna Seniorenhaus)

(単位：ユーロ)

施設収容能力	総ベッド数118床, その内104床は個室。 定員12名のデイケア。				
料金表		要介護度0	要介護度I	要介護度II	要介護度III
	身体介護	25.83	40.10	57.22	74.97
	宿泊・生活費	27.78	27.78	27.78	27.78
	投資・設備費	20.16	20.16	20.16	20.16
	1日当り計	73.77	88.04	105.16	122.91
	1ヶ月当り総額	2,213.10	2,641.20	3,154.80	3,687.30
提供施設・サービス	足の裏療法, 健康体操室, 礼拝堂, 体操療法, 庭園, レストラン, テラス, 催物会場, ラウンジ, 図書室, 喫茶, 理髪室				
余暇利用イベント	遠足, 講演会, 映画会, ミサ, 健康体操, 趣味の学習, 外国語学習, 記憶力訓練				

注1) 1ヶ月当り総額は, 1日当り総計を30倍した数値。
(出所) Stadt Köln, Amt für Soziales und Senioren の資料を一部加工。

金そのものも施設ごとによりかなりのバラつきがあると判明した。ケルン市域の大半を網羅した手元の資料を見ると, 介護保険の対象とはならない要介護度0の料金も掲載されている。要介護度0の対象者は, 必要な介護に大きな多様性が予想されるので料金格差を取り出すことにあまり意味がない。したがって, それは除外して紹介しよう。まず介護料金から見ていけば, いずれも1日当たりの費用であるが, 要介護度Iは31.81~79.97ユーロまで, 要介護度IIは44.53~83.97ユーロまで, 要介護度IIIは59.74~91.88ユーロまでの格差が見いだされる。宿泊・生活費は例外的な38.98ユーロの事例を除いて, あまり大きな格差は取り出せず, 23.03~29.91ユーロの間に納まっている。ある程度予想された事態ではあるが, 設備投資費用のバラつきはずいぶん大きくて, 5.72~21.81ユーロにまで広がっている。一ヶ月の料金には30倍された数値が現れるから, 負担としては大変重い。

ここで, 要介護者が入所選択に際して手にと

る個別施設の資料例を掲げてみよう(表8)。ケルン市内でもっとも評判の良いうちの1つであるA施設は, 高い料金グループに属する。その理由は, 身体介護にあるのではなく, 宿泊・生活費および投資・設備費がともに高コストだからである。その結果, 要介護度0, 要介護度Iの料金表を見れば, 身体介護の料金の方が低い状況が生まれている。これは半面で, 生活条件がよいわけで, 大部分が個室になっているし, 食事のメニューも豊富に用意されている。

競争市場の要件の一つである競争価格に着目すれば, 介護保険ははじめて同一サービスに異なる価格づけを採用している。受け手側にすれば, 選択に強く影響するサービス価格の違いが明示されている。しかしながら, 在宅介護の場合, サービス料金は, きわめて近い立場から介護サービスを観察している病院のソーシャル・ワーカーさえ, これに気付いていなかった。その事実からして, 利用者がそれ程強く意識しているとは思われない¹⁹⁾。その一方, 施設介護で

¹⁹⁾ カトリック系の病院で退院計画に携わっているソーシャル・ワーカーの Gisela Klein 氏は, 私の依頼に応じてサービス事業所へ問い合わせた結果, 個別交渉の事実を初めて知った。それまで, 彼女は社会福祉団体が民間事業所よりも少し高い価格を設定している程度の受け止め方であった。

は支払いコストの高さもあり、価格は重要な指標として扱われている。施設ごとの料金表リストは病院を退院した後の生活設計に関与するソーシャル・ワーカーの必携資料となっている。

結局、新規参入、サービス種類の自己選択と違って、サービス価格は施設介護がより競争的な環境にあるといえる。これらの条件を重ね合わせれば、介護サービスの分野は競争的な市場のように見える。しかしながら、ここまでの考察にはサービス授受の実情が出てきていない。制度全体の運営は大がかりな検討を要するが、少なくともサービスの受け手の選択行動と与え手の経営活動の分析を欠いては競争市場の確立を判定できない。

(ii)

補完性原理を秩序理念に掲げる介護保険法が市場方式を採り入れたのは、社会福祉団体がその担い手としてふさわしい機能を果たさないからである。介護保険がスタートして7年経った今日、社会福祉団体はたんに存続しているどころか、在宅介護やデイサービス、ショートステイに積極的に進出している。社会福祉団体はこの間に経営体質を革新したのか、それとも、依然として事実上の特権を保持し続けているのか。その回答は法律の目的評価にとって重大なメルクマールであるにもかかわらず、これまで検討課題となったことはない。ここでは、要介護者の登場プロセス、在宅介護、施設介護の経営の順に取り上げて、この論点への回答を試みよう。

介護保険のサービス事業者の立場は、医療保険の医療機関と較べれば、著しく弱い。医療制

度では診断、治療計画、治療行為の3つの機能が医師に集中している。介護保険の制度にあつては、要介護認定を、医療保険の保険者が以前から設置している鑑定組織のMDKに委託している。在宅介護の介護計画は、サービスの受給者がサービス事業者との相談に基づいて編成し、サービス事業者はそれに基づいてサービスを提供するだけの受け身的な役割しか認められていない。この受け身の位置にあるサービス事業者が果たして優位な立場（評判の悪いサービス態度をとり続ける事態）を築けるであろうか。もしそれが可能だとすれば、どういう条件のもとであろうか。

在宅介護の受給者の多くは、1人住まいのうえに、自己の権利を熟知しない人々であることが知られている。しかし、それ自体は社会福祉団体を有利にさせはしない。鍵は介護サービスの実情に無知な段階で要介護者を登場させる仕方にある。現在のドイツにおいて、要介護の申請は一般に、病院ルートと地域ルートという2つのアクセスからMDKに提出されてくる。そして、申請を手助けする立場にいる人物が、介護サービスの選択に深く絡んでいる。

第1ルートは、何らかの疾病で入院している患者のうち長期に介護が必要になったグループである。このグループの退院に際しては、専門家である病院のソーシャル・ワーカーが世話する。患者や家族と相談して、MDKへの申請書を書き、認定されればサービス事業者との仲介役を果たす。その際、病院が社会福祉団体の経営であろうと、仲介先は同系列を優先する事態はあまり無いようである。調査によれば、疾病の後遺症との関係で病院から続けて介護施設に移すケースも少なくない。その際、施設にあまり空きがない事情から、施設側の提供条件と思

者の高い要求水準の折り合いをつけるのが難しい、という²⁰⁾。彼女からえた資料は、在宅介護と施設介護への仲介数が記載されている。彼女が働く病院とケルン市のカトリック系病院全体とでは、両者への仲介割合に逆転が見られる。しかしながら、疾病の後遺症という深刻な事態のためか、家族介護（金銭給付）の事例はたいへん少ない。

第2のルートは、地域に住み日常生活に支障をきたした人々から出てくる申請である。このルートのために、ケルン市は9つある区ごとに高齢者相談の制度を設けている。ケルン市はこの相談員を外部委託に出し、区ごとに担当組織こそは違っているものの、社会福祉団体がすべての相談員を独占している。もちろん、規則のうちでは彼らは特定団体が有利になるように誘導してはいけないが、実際には、世話した申請者の多くが特定の福祉団体に流れるのは避けられない²¹⁾。ケルン市の保険給付では全国に比して金銭給付の比率が著しく低い。これは、大都市の一般的な傾向であると同時に、地区相談員のアドバイスが影響している面も否定できない。つまり、サービス市場への登場の仕方を吟味すれば、在宅介護では社会福祉団体に流し込むルートが作られている。次に、経営管理の側面に移ろう。

在宅介護は新規参入が容易な分野である。それゆえ、競争市場が成立していれば、社会福祉団体にとって有利なルートが存在しようとも、要介護の人々は時間の経過とともに、より自己

の選好に合致したサービス事業者に移るはずである。とすれば、大半の社会福祉団体が活発に活動し続けている事態は、どう説明できるのだろうか。市場がどの程度競争的な状態を示す指標の1つに、事業所の倒産・閉鎖がある。インタビューによれば、ケルン市域では2001年に民間の事業所が約10カ所、社会福祉団体で4カ所ほどの閉鎖があった。つまり、顕在的な競争関係にあるといえる。とすれば、社会福祉団体は大きく経営体質を革新したのであろうか。民間の経営と比較してみれば、そうは言えない。

クライン氏が推薦する民間の事業所Wは6年前に創設された有限会社である。この間の事業活動でえた利益を元手にして、最近、デイケア事業所を新設した。順調な事業の傍証といえる。この事業所の顧客は約110名、職員は全体で13名（経営者2名を含む）。7割ほどの職員が有資格者という構成のため、時間当たりの費用原価は25～27ユーロで、他の事業所に比して高いそうである。目下急速に増えている東欧からの働き手を採用すれば、人件費は安くなる。しかし、記帳は出来ないし、顧客とのコミュニケーションが円滑にとれない。長期的にはマイナスになる。高コスト体質をカバー出来ている秘訣の1つは、顧客の7割前後が医療保険と介護保険を併給している事情にある。また、電話が掛かってくればすぐに訪問する態勢、複雑な要望や対処が難しい案件には経営者自らが出向いて解決策を見いだす。こうして、顧客を獲得する一方で、経営機能を出来るだけ1カ所に集中して、運営コストを下げている。閉鎖に追い

²⁰⁾ カトリック系病院のソーシャル・ワーカーの Gisela Klein 氏に対する2002年8月7日のインタビュー。

²¹⁾ 私がインタビューした3区の相談員・Schiefer氏は中立性を強調していたが、後日、インタビューした彼の上役・ASBのFrauke Sonnenschein氏は、あっさりとしてSchiefer氏が事実上の紹介者としての役割を演じていることを認めた。2002年8月9日、19日のインタビュー。

込まれた事業所の多くが複数の支所などを設けて経営資源を浪費していたと、この経営者は主張する²²⁾。この経営を、ASBの在宅介護の経営と対比してみよう。

労働者救援同盟 (ASB) は、前世紀に鉱山の落盤など災害時の人命救助からスタートして、さまざまな福祉部門に活動を拡げていった全国組織の社会福祉団体である。ケルン市の在宅介護の事業所は10年ほど前に開設された。200名ほどの顧客を35名の人間が世話している。そのうち8名は、兵役を拒否する代わりに各種の福祉施設や病院などで社会奉仕の任務 (Zivil Dienst) に就く青年たちである。彼らはある程度の謝礼を渡す必要があるとはいえ、コストとしては安い働き手である。職員に占める有資格者の割合は半分ほどで、民間のW事業所に比して一段低いレベルにある。また、半数ほどはパートタイマーとして働いている。

それゆえ、人件費の総コストはW事業所よりもかなり低いと想定される。しかしながら、扱うサービスの大半が非専門的な性質になれば収入額が少なくなる。業務の多忙さは午前中と夕方に集中している。深夜勤務などは基本的にない。多くのパート職員を抱え、専門職でない人々が大半を占める職場を1つの経営体としてまとめるのは困難な仕事である。しかるに、この事業所は、センター機能をライン川の右岸と左岸の2つに分けている。それゆえ、経営管理はいっそう複雑になり、高コストのはずである。

少しお役所風の感がある事業所にもかかわらず、顧客数は昨年と変わらないという。その原因はどこにあるのであろうか。提供メニューの多様性に秘密がありそうである。温かい食事の

配食や携帯の非常ベル接続などは、介護保険の給付対象ではないが、日常生活に支障のある高齢者には魅力的なサービスである。多彩なサービス・パレットの編成に際しては他組織と連携するなど、大組織であるが故のメリットを生かしている。この事業所は提供サービスの質とは違った経営戦略で顧客を確保していると思われる²³⁾。この社会福祉団体に見られるように、介護保険導入の前と後で、組織体質に関して革新と呼べるほどの変化は起きてなさそうである。とはいえ、民間事業所との競争を強く意識して、サービス構成などの差別化に成功しているから経営を維持できている。

(iii)

施設介護の部門には、料金格差を除けば市場取り引きの要件は整っていない。しかも、立ち入り検査で規定違反を摘発しても、事業所を閉鎖しない方針が強まっている。したがって、経営体質の革新はほとんど期待できそうにない。そうした状況下で外部観察者による短時間の調査が何を解明できるだろうか。際だったメルクマールの相違を手掛かりに経営体質の比較はできる。比較の指標は待ちリストを用いよう。調査したのは、どちらも社会福祉団体に属する介護施設である。常に100名を超える待ちリストがありケルンでもっとも有名なA施設と、何時でも入所希望者を受け入れられるC施設は好対照をなす。この比較により、外向きの条件提示では現れない経営面の競争力を探ってみよう。

完全な介護施設は、大半の入所者には事実上、終の棲家となる。それだけに入所者にとって「生活の質」は重大である。A施設は既出の表

²²⁾ 2002年8月14日に行われた Wir für Euch への訪問調査。

²³⁾ 2002年8月19日の労働者救援同盟・Sonnenschein氏へのインタビュー。

8に記載されているごとく、118床のうち104床が個室であり、狭いながらも、そこに個人の家具や身の回り品を持ち込める。職員は全部で90名。2002年に施行された介護の質確保法は、介護関連職員のうち有資格者が5割を超えることを要求している（ノルトライン・ヴェストファーレン州の規定）が、A施設は54パーセントを占めている。一見、低い水準に見えるが、生活全般にかかわるサービス編成では、専門職でなくてよい仕事も多い。ボランティアは10名が登録している。兵役を拒否して社会奉仕の任務に就いている青年が12名いる。

ここの管理は全体統括面における権限の集中と運営面における分権をうまく調整している。管理責任者は、新規に雇う場合に、その人物がA施設の方針と合致するかどうかを半年の試用期間中に厳しく見きわめる（今年はずでに5名に不適格と通告した）。管理者は一人一人の職員についてよく知っているし、入所者全員の性格や生活習慣をも熟知している。できるだけ自宅にいた時の生活スタイルを尊重する立場から、入所者には寝起きの時間を強制しない。これらは、経営全体の方針である。一方、できるだけ持ち場ごとに責任を負わせる方式を採用する。介護・生活管理の場面では、入所者の状態変化を的確に把握できるように職員グループごとに介護の対象者を固定させる。また、部署ごとに予算上限を決めて、使用対象に一定の裁量をもたせるし、年度内の執行時期も現場に任せている。

注目されるのは、これほど有名な施設であっても、求人活動では苦勞を強いられている点であろう。新聞広告で応募してくる人は、まず条

件を聞いただけで帰っていく。したがって、通常は他の施設で働いている人々を口コミで引き抜く。専門性の高い資格を有する人々の場合も、3年ほど現場で働くと事務の仕事に代わりたがるという。それだけ、この分野の仕事は骨の折れる労働といえる²⁴⁾。

つぎは、社会福祉団体が経営していて、団地風の複合の高齢者施設群のなかにあるC施設である。入所定員196床のうち、個室は25床ほどしかない。職員構成について詳しく説明を受けた。直接介護に当たる職員は常勤は73名だが、有資格者は5割を切る。これは、目下の業界全体の問題だとの答えであった。非常勤が22名、季節ごとに臨時の応援者が25名ほどいる。それ以外に、料理や清掃の担当、建物の見回りなどに24名が携わり、事務管理の部署には8名が就いている。兵役拒否の青年は2名、ボランティアは1名に過ぎない。この部分の人員はA施設と較べて著しく少なく、施設の社会的な評判がそれ程高くないことの傍証といえる。同時に、このメンバー構成は入所者が身の回りや日常生活で目配りのきいたサービスを受けられない原因となる。

C施設の管理特徴は分業がかなり徹底している。この施設群の受け入れ担当者は、受け入れの事務だけに専念していて、それぞれの施設の運営実態には精通していない。C施設の管理責任者は介護に関連した活動には一切タッチしない。7階建ての各階に主任がいて、その職員が介護および記録などの事務の両面を管理している。介護グループの単位をつくり介護対象者を固定させる方式は、試みているが、難しい面があり採用していない。介護職員は、毎日の状態

²⁴⁾ St. Anna Seniorenhaus の経営責任者 Vogt 氏に対する2002年8月13日のインタビュー。

をチェックし、最後に署名する。しかし、すべての職員が介護記録をつけられるわけではなく、主任が記録面の責任を負っている。介護計画は普通、入所の際に有資格者が当人と相談しながら作る。基本的なメニューは介護保険の規定で決まっている。後は、問題が生じた場合に改変している程度である。

部屋が狭いため持ち込める個人の品物は限られている。多くの人が当初、個室を要求するけれども、世間体などを気にする家族からしばしば出ている。2人部屋で空き待ちする間に仲良くなり、2人部屋に居続けるケースは珍しくない。この間、介護基準に見合った職員配置など介護金庫の要求水準が高くなってきて、陶芸などの作業療法や音楽療法を実施できる専門家(Sozialbetreuer)を大幅に削減せざるをえなかった。また、以前には介護金庫がすぐさま貸与した車椅子が、最近では入手困難になり、入所者はかなりの期間、車椅子なしの生活を余儀なくされている。責任者からこうした不満の表明があった。あまり良好でない介護環境についての自己弁護と聞けなくもない²⁵⁾。

この施設団地は、ケルン市の外辺部に位置し、公共交通のアクセスはよくない。そうした立地条件にもかかわらず、住民が自分の財布から欲しいものを買えるのは、C施設の地上階にある小さなキオスクだけである。それぞれの建物の窓に花が咲きあふれ緑影の濃い団地外観は、豊かな生活を連想させるが、入所者の「生活の質」は、A施設に比して格段に落ちる。しかるに、C施設は待ちリストこそないが、入所比率は95パーセントを超えて、かなり高い。その直接的な原因としては、病院から連続して施設介護に

移る人々の受け皿になることで、流入してくるルートが確保されている。さらに、全体の枠組みから見れば、大都市・ケルンにあっては施設介護の供給を強くコントロールしているため、持続的な需要超過に陥っている可能性が高い。そこでは、サービスの受け手は限られた範囲でしか選択権を行使できない。

形式から見れば、施設介護は在宅介護よりも価格や施設条件を明記していて、透明な市場競争の条件が整っている。しかし、受け手の側に実質的に選択の余地がなく、既存の介護施設を閉鎖しない路線が保持されていれば、介護施設に経営革新を迫る力は作用しない。つまり、介護保険法は市場方式を持ち込むことで社会福祉団体の経営革新を狙ったが、その主要な活動領域である施設介護の部門では、その目的を貫徹できていない。

IV 介護専門主義と要介護者への支援態勢

1) 介護サービスの特質と家族介護

(i)

介護保険法は要介護者の「生活の質」を優先させ、安価な社会保険を作るために、アマチュアリズムの路線を大々的に採用する。その際、施設介護の寡占構造に代表される社会福祉団体の支配を打破する戦略として競争的な市場の構築を掲げるが、現実の施設介護では、大半の経営で旧来スタイルの運営態勢が存続している。それを前提にしたままで、現在、一連の介護スキャンダルを契機に、施設介護を中心にプロフェッショナリズムを強化する道が導入された。

政策分析家は、論者により論拠づけは違って

²⁵⁾ 2002年8月14日、Clarenbachwerk Köln GmbH内にある介護施設の最高責任者・Wirtz氏へのインタビュー。

いても、この政策選択を支持している。だが、重大な路線転換を取り上げる研究者は、本来、いちど介護サービスの特質まで立ち返り、それとアマチュアリズム、プロフェッショナリズムの関係を問い直すべきでなかろうか。その特質に照らせば、要介護者の「生活の質」にとってプロフェッショナリズムが占める位置は比較的小さい。それよりもアマチュアリズムの内容改善や、それを支援する社会の態勢づくりを飛躍的に拡充する必要がある。この戦略基準からみれば、介護保険をめぐる状況は安定した定着期という一般的な見方とは逆に、補完性原理の構築を後退させる危険な状況といえる。

ロートガングとモルデンハウアは、論拠も主張内容も違ってはいるが、今日の優先課題として専門介護の強化を提起する。彼らは、介護サービスの事業者、とりわけ介護施設の「介護サービスの質」を有資格者の比重を高めることと等置し、それを前面に押し出す。その政策主張の根拠として持ちだされるのは、この間に保険の受給者が示す給付選択の動向と長期シミュレーションによる家族介護力の大幅な低下である²⁶⁾。

当面の介護政策の優先課題を数十年先の介護労働力から説明するのは、かなりの無理がある。給付プログラムの選択に関していえば、彼らが認めているように、依然として最大の選択肢は家族介護を意味する金銭給付である。家族の介護者は、通常、介護技能の面では素人であるから、実態に即するならば、彼らの技能向上が当然「介護サービスの質」の重大テーマとなるはずである。要するに、ロートガングとモルデンハウアは、一見もっともらしい根拠をあげはす

るが、ドイツ世論が広く共有する論点に寄りそった議論の取り上げ方をしているに過ぎない。介護を政策論レベルで扱うのであれば、対象となる介護サービスの特質を的確に把握し、それと採られた政策措置の適合関係を吟味すべきであろう。

介護保険法は、すでに検討したごとく、目的である要介護者の「生活の質」の実現を社会の共同責任と位置づけている。この目的実現に向けた方策投入に際して、依拠する判断基準の一つが介護サービスの特質との照応性である²⁷⁾。介護サービスの特質をもっとも抽象的なレベルで抽出するには、医療サービスとの対比が効果的な考察手法といえる。まず医療に較べれば「情報の非対称性」は格段に低い。また、概念上では疾病治療の段階が終わり、身体の障害は固定的な状態になっている。そして、要介護状態は長期に継続するはずであるから、学習を通じて最適なサービスの種類と受給量を自己選択できる。

サービスの対象となる範囲は、医療にあっては原則的に身体に限定される。介護は、対照的に生活とかがかわる部分が多く、政策決定の如何により、身体介護、家事援助、身体移送、コミュニケーションなどへどんどん拡張しうる。したがって、介護サービスには、支払時の価格錯覚というどの保険制度にも備わっている需要拡大の作用とは別に、需要量を膨張させる内圧が作用している。

ドイツの介護保険法は社会保険としての制度設計レベルで、介護サービスの特質にどう対処しているであろうか。日本の制度を念頭において述べれば、サービスの範囲は、金銭給付を含

²⁶⁾ Rothgang, Heinz, 2002年, 35および40ページ以下を参照。

²⁷⁾ これについての詳しい分析は、次の論文を参照のこと。山田誠, 1997年および山田誠, 1998年。

めるなど要介護者の選択余地を大きく広げている。同時に、ケア計画を策定する権限をもつケア・プランナーなどは置かず、個々人による主観的な「生活の質」の組み立てを尊重する。その一方で、要介護度に応じた支給上限を定めて、財政的な膨張には歯止めをかける。この点では、要介護の認定とサービスの提供を機能的に区分して、サービス事業者が抱える需要拡大の願望を抑制している。

それでは、介護保険法はサービスの提供者レベルを取り上げた際に、サービスの特質に対応するどのような措置を組み込んでいるのか。サービス事業所に対する刺激策の規定はなく、劣悪なサービスを摘発する立ち入り検査規定しかない。その一方で、もっとも広く選択される家族介護に関しては、要介護者の「生活の質」と介護に従事する家族の優遇策の双方が取り上げられている。

介護サービスの特質に留意すれば、「生活の質」を大きく左右するのは日常生活面での世話である。対応時間がある程度十分にとれる家族を、介護に積極的に巻きもむインセンティブが金銭給付である。だが、それと並行して、法律は彼らが専門的な介護技能の向上をめざす講習会や、困った事態に対する彼ら向けの相談窓口を明記する。さらに、家族介護者の休養に配慮して休暇中の代替介護が用意されている。彼らが受け取る金銭の税務処理と職業的な扱いのアンバランスがあえて組み込まれる。他方、家族介護に任せていたのでは適切な処置を期待しにくいサービス種類もある。それらは専門的な身体介護や苦痛を伴うリハビリテーションの実施であろう。

(ii)

抽象理論レベルの検討からは、要介護者の「生活の質」を基準にして家族介護に高い優先順位を与える制度設計という処方箋が描かれる。高度に抽象的なモデルから現実に近い世界に移り、要介護者や家族介護者が抱える制約要因が入り込んでくると、分析はずいぶん複雑になる。それにより、先の結論が大きく修正されるかどうかは、独自に検討を要する。枠組みの変更は、要介護者の「生活の質」を扱う際に、最適なサービスを自己決定できるという前提をはずす。もう1つの変更点として、家族介護の担い手の効用と要介護者の「生活の質」との間に緊張関係を組み入れる。

ここまでの考察は、要介護者が最適な「生活の質」について自己決定できることを前提していた。これが成立しなければ、分析の帰結は全面的に無効になる恐れもある。それゆえ、その前提を欠く事態は本稿の主対象である高齢者介護の分野で、どの程度一般的かが問われる。高齢者を想定して要介護者が的確な判断を下せない事態は、つぎのようなケースである。

1. 急性疾病の治療中あるいは回復過程にある。
2. 痴呆がある程度以上まで進行している。
3. 家族介護のもとにあって、必要な情報が入ってこない。

第1の事態の場合、通常、サービスの受け手は、事前に自己の疾病について十分な情報をもたない。したがって、医者であれソーシャル・ワーカーであれ、専門家が治療・介護計画の作成を主導せざるをえない。ケルンの介護事情に即していえば、一度在宅介護を選択した後に要介護者や家族が介護施設を探すのはかなり困難なようである。とはいえ、この状況は、受給者

の大半でもなければ長期にわたり続く事態でもない。

第2のケースは、ドイツでも介護保険がうまく対応できていない典型的な事例として近年、話題になっている。アルツハイマーを中心とする痴呆の患者は、92～160万人と推計されている。彼らに対しては、心理的に十分配慮した世話が必要になるので、デイケアや夜間預かりのサービスを充実する必要がある。この方向で保険給付を5億ユーロほど拡大する点に関しては与野党が一致している。しかしながら、デイケアでの利用は減少する様子さえ見られ、夜間預かりはごく少数のモデルケースが設置されるに過ぎないと、モルデンハウアは主張する²⁸⁾。このケースは、成人後見制を含めて専門家の主導的な役割を認めざるをえない。しかも、これは後期高齢者が増える今後の受給者の間では割合が高まると推測される。

第3の家族介護は、もっとも大きな給付の選択肢であるにもかかわらず、政策分析の対象にされない。要介護者と介護者の個別的な関係にまで踏み込まずとも、家族介護の一般的な環境から、かなりの分析が可能となる。ここでは、まず一般的な枠組みを確定しよう。

要介護者は要介護として認定されているわけだから、能動的に情報収集する能力を大きく制約されている。要介護者は基本的に、第1の事態を経て家族介護に移るケースを除けば、自己の状態と介護サービスの機能について学習の機会をもたない。とすれば、家族介護者は、介護情報の収集からして主導権を握り、介護の機能

理解と計画については、医療活動の医者と似た位置を占める。ところが、家族介護者は介護の機能理解と計画の専門家でもなければ、サービスの提供者としての訓練も受けていない。つまり、彼らは専門介護に関するかぎり、未熟練の労働力に過ぎない。

家族介護者のケースでは、要介護者が自己決定できたならば実現し得たはずのレベルよりも低い「生活の質」しか享受できない。なによりも、家族介護者が要介護者のために誠意を込めて世話する場合に、この事態に陥る点が重要である。しかるに、介護保険制度は、低い「生活の質」のレベルを引き上げるための方策を形式的に掲げてはいても、実効的な対策を用意していない²⁹⁾。

現行の介護保険法は、サービスの種類選択に際して高い水準を設定しながら、現実のサービス享受面においては、低い水準で満足させるというアンバランスを抱えている。

(iii)

経済学アプローチが家族介護をほとんど対象にしないのは、家計を1つの完全な共同体と仮定しているからであろう。先の検討では、要介護者の「生活の質」という視角から、家族メンバーが提供する介護サービスの問題点を析出した。この検討は家族介護の半面に過ぎない。残りの半面は家族介護者の側にとっての介護の重さである。この局面では、要介護者の「生活の質」と家族介護者の利害は、多くの生活場面で一致しないという困難が浮かび上がる。家族介

²⁸⁾ Moldenhauer, Meinolf, 3-4/2001, 2001, S.32.

²⁹⁾ 介護保険法上では、介護金庫は家族介護者のために介護技術の講座を開いたり、介護者からの相談センターを設置する規定になっている。しかしながら、それらはいずれも、介護金庫に与えられる包括的な管理コスト支給（取扱高の3.5パーセント）の内部で処置することが求められる。このため、上記の機能の大々的な実行は財政的な裏付けを欠いている。この点については、Moldenhauer, Meinolf, 6/2001, 2001, S.132,を参照。

護を介護保険の正規の選択肢に採り入れているドイツ介護保険にあっては、法律がこの側面に対していかなる対応策を準備するか、の分析を抜きにした評価は著しく一面的なものになる。

ドイツの介護保険は、理念戦略のうえで家族介護を補完性原理の再構築のためのメインロードと位置づけている。家族介護の場合、介護者が要介護者との共同愛・共生感情と自己の直接的な生活欲求の間で葛藤するのは、一般的な事態である。家族が構成する効用関数に要介護者を含めるか、それとも健全者だけに限るか。まず、ここから問題となる。効用関数に要介護者を含めると決めてからも、共生感情をどれだけ高められるか、自己の生活欲求の強さをどれだけ抑制できるか、専門介護を修得する訓練にどれだけ時間を割けるかなどを、介護者は自分で決める立場にある。

この果てることなき迷いと決断に立たされる家族介護者に対して、介護保険法は、彼らが自発的により高いレベルの介護を提供するよう仕向ける措置を用意しているだろうか。法律は家族介護者に対する支援として、4種の方策を打ち出す。1. 物質的な刺激、2. 介護技術習得の機会、3. 家族介護者の就業、休養、ストレス解消などに寄与する代替的な性格の介護サービス整備、4. 悩み相談などのカウンセリング活動、である。

物質的な刺激としては、金銭給付、それを所得の範疇からは除外しながらも、他方で公的年金への加入、労災の適用などを組み込んでいる。ここでは、安価な介護保険とするべく、金銭の額による刺激は出来るだけ抑制して、働き手と

しての社会的な認知による動機づけを強調している。その効果の一部は既出の表7から読みとれる。そこでは実質的に家族介護を意味する金銭給付が最大の選択割合を維持しているが、すでに1998年から95万人超のレベルで頭打ち状態にある。家族介護者の自己負担とセットで支払われる公的年金の保険料に関しては、最新の連邦保健省のデータが分かる。それによれば、介護金庫が雇用主分を負担している人数の推移は、1997年に57万5,000人、98年に57万4,000人を記録した後、99年は暫定値ながら51万2,000人へと減少している³⁰⁾。ここから、少なくとも家族介護者が増え続ける状態にないことを読みとれる。

第2の支援措置である介護技術の研修コースは開設されてはいても、介護金庫への一括管理費支給から賄われているので、地域・回数・内容などにずいぶんと制限があるはずである。第3の支援措置は、要介護者を効用関数に組み込んだ家族の介護者も、実際に介護で疲れてしまうのを回避する方策である。したがって、これは介護者が要介護者とつかず離れずの距離を保持するうえで大切なサービスである。これらが積極的に利用されていれば、家族介護は引き受けやすい。しかるに、これらサービスの利用は、日本の状況と較べて極端に頻度が少ない。それでも、デイケア・夜間預かり、ショートステイは着実な利用拡大が見られるが、休暇介護は利用の伸びさえも見られない。

第4の支援措置のカウンセリング活動を引き受けるのは、保険制度の上では介護金庫となっている。家族介護は介護保険法の秩序戦略を直接に左右するほどの支柱である。それに携わる

³⁰⁾ 連邦保健省のホームページ, <http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm> に掲載されている数値。

家族は不断に迷い悩む。生身の家族に対するカウンセリングはいつの場合にも重要である。最近はそのに加えて、公的年金に対する保険料の負担者が減少に転じたり、家族介護との代替的な介護サービスを利用しない事態が顕在化している。これらは、家族介護が難問を抱え込んでいる兆候といえよう。

しかるに、介護金庫は保険管理の業務に支払われる資金の枠内で、片手間的にカウンセリングを実施しているに過ぎない。カウンセリング活動は秩序戦略上の位置づけからして、要介護の認定に携わる MDK に匹敵する態勢があってもおかしくない。ようやく、介護サービスの質確保法で相談機能の強化が規定されたが、モルデンハウアは財政的な裏付けのないお題目だと批判的である。

全体としてみれば、家族介護に対する支援措置は効果を発揮しているとは言い難い。これは、アマチュアリズムに依拠する介護保険法の秩序戦略に照らせば深刻な事態であり、原因分析と対応策の検討を必要とする。しかしながら、専門介護に重きを置くモルデンハウア、ロートガングは、秩序戦略から見て危険な兆候が現れても、自己の主張の正しさを傍証する動向としか見ない。

2) 立ち入り検査と介護の労働力市場

(i)

介護保険法はアマチュアリズムの優先を掲げる。ロートガング、モルデンハウアは、これを無視して現実の運営がめざすべき方向として専門家優先主義を主張する。これは、法律の秩序理念を踏みにじるだけでなく、実際運営に生じている危機の前兆放置を意味している。これらの批判点をとりあえず視野の外に置いて、介護

現場から観察しても、彼らの主張は実現の可能性が低い。たとえその主張通りになったとしても、要介護者の「生活の質」向上にあまり寄与せず、介護保険を高価な保険に変質させてしまう。これだけ多くの問題点を含む方策を提案しているというのに、彼らの主張は、ドイツの世論の間で幅広い同意を見いだす。だが、その同意は、サービスの与え手・受け手関係を整理したり、介護保険の運営現場を分析すれば、あやふやな根拠に基づいていることが判明する。

ロートガング、モルデンハウアは、介護サービスの質をいきなり専門的介護の充実、具体的には有資格者の比率引き上げと等置する（この時、専門的介護を持ちだす理由や比重を高める方式に注目すれば、両者は異なる）。そして、議論の焦点は介護スキャンダルの主要な舞台となっている施設介護に合わされている。しかしながら、施設介護という環境設定のもとで、有資格者の比率を高める努力がサービスの受け手の満足度を高める程度は、かなり限定的である。

介護サービスの特質の検討から導かれたのは、介護ではモラル・ハザードは起こり難いという帰結である。しかるに、現実には介護スキャンダルが續発し、社会の大きな関心事になっている。かかる事態はいかに説明されるのか。概念レベルから抽象度を一段下げて、現実の制度の主要な構成者である3者（要介護者、サービス事業者、保険管理者の介護金庫）について、原因となりそうなファクターを取り出すことからはじめよう。先の考察で、要介護者がサービスを自己決定できない状態の第2事例に痴呆の進行を挙げている。施設介護は一般に在宅介護よりも重症な人が多く、適切な自己決定を下せないがゆえに、虐待やサービス手抜きの対象にな

りやすいのは事実である。

サービス事業者が次に来る。ロート gangs, モルデンハウアはこの局面で、施設介護における有資格者の比率が低いことに着目し、専門介護の拡充を提案する。つまり、彼らは介護スキャンダルの原因を、介護職員の労働力としての質に求める。そこには、専門性の高い職員は職業倫理感が強く、したがって手抜きや虐待などの問題行動を起こさないという、広く普及している専門主義の想定がある。この想定は現実の勤務態度を適切に反映していると仮定してみよう。そう仮定しても、施設介護にあっては日常生活に関連したサービスを多く含んでいて、単純労働に従事する職員を一定規模は雇用しなければならない。彼らの路線からは、これら職員に強い使命感をもたせる戦略は出てこない。

いきなり職員構成に焦点を絞った改善提案は、介護スキャンダルの起きる運営環境や制度上の弱点を点検する作業の放棄へと導く。実際、彼らには、自由な契約ならば当然拒否するはずの仕打ちを、入所者が耐え続ける原因に対する関心は全然見られない。原因としてすぐ浮かぶのは、施設介護の需給関係である。需要超過のために退所しても行く先がなければ、入所者は耐え続ける他はない。だが、現実の入所者ももっと弱い立場にある。年々コストが上昇する施設介護の場合、介護保険が実施されても大半の者は施設介護手当て、社会扶助を利用してようやく介護施設にとどまれている。これらの手続きはとても複雑で、事業所の職員が全面的に世話している。要するに、介護施設への入所は、形式的に自由な契約を掲げていても、大半の入所者に関しては実質的に事業所が入所退所の鍵を握っている。とすれば、これらの客観的な条件を変えないかぎり、入所者は不満足な介護サー

ビスに対して意思表示できない。

介護スキャンダルの発生抑制に向けた取り組みパレットのうちでは、有資格者の比率を高める方策よりも、介護施設の拡充（あるいは入所待ちの解消）や事業者に依存しない受給手続きなどの条件整備がより重要だといえる。これらの課題を解決するのは地域財政主体や介護保険の任務といえる。しかしながら、介護サービスの質確保の法律や福祉関係施設の監督法改正などは、これらの政策遂行の強化よりも、介護専門主義の立場にたつて規制の強化や立入検査の強化を打ち出す。ロート gangs, モルデンハウアは、あれこれの注文をつけはするが、最終的にこの路線に同調していく。それらが果たしてどれほど介護サービスの改善につながるのか、を次に検討しよう。

(ii)

介護保険法は弱い立場にある要介護者の救済を、サービス事業所への立ち入り検査で果たそうとする。その活動は、要介護認定の業務を担当する MDK（本来は医療保険が設置した疾病認定の機関）が引き受けている。既存組織を利用するやり方は、直接的な投入経費をできるだけ少なくする「安価な保険」方式の一環である。専門主義が支配する MDK による事業所の検査は、成立史の上では名案であるとしても、実際に手抜き介護や虐待を受ける要介護者を減らすのに最適な方法とは言えない。

既に述べたごとく、専門主義と補完性原理では同じ現象が違った意味を持つ。介護スキャンダルの発生は、補完性原理からすれば、保険の使命である相互扶助の機能に対する攻撃であるから、すべての関係者による発生メカニズムの

解明と対策が課題となろう。立ち入り検査のようなチェック態勢はその一環として取り上げられる方策である。他方、専門主義に依拠するモルデンハウアにとって、高度な専門家集団による厳しいコントロール、それに耐えられる有資格の介護者の割合を高めることこそ、介護スキャンダル防止の最善策となる。

この原則に固執する彼は、介護サービス事業者への立ち入り検査について二重の誤りを犯す。

1つは、医者を中心に高度な専門家集団のMDKが厳しいコントロールにふさわしい集団だと信じ込んでいることである。もう1つは、施設介護の生活が日常生活の性格を強くもつ側面を軽視し、介護サービスの専門性を高める防止策をもっぱら強調する点である。その結果、相互扶助の路線を徹底する経営がキポイントであることを、事実上、視野の外に置く。モルデンハウアが紹介するMDK検査報告は、2つ目の方針の誤りを明らかにする。

モルデンハウアは2000年末までに実施した約5,500ヶ所の立ち入り検査が摘出した問題点を、頻度の多い順に第15項目まで列挙している³¹⁾。

1. 介護の実施手順および介護記録の取り方に関する欠陥
2. 宣伝に唱われている介護目標と実施サービス・メニューの著しい乖離
3. 継続的な技能教育の不足
4. 機能回復をめざす介護ではなくて、最小限のエネルギーしか投入しない介護
5. 多様な介護手法を学べる専門文献の不備
6. 床ズレに対する予防や対処のまずさ
7. 備え付け医薬品の不足
8. 食料品や飲料の不十分な提供

9. めざすべき介護活動の理想像が提示されていない

10. 実践的な介護目標が提示されていない
11. 失禁処理に際しての配慮不足
12. 不完全で不適切な介護記録
13. あまりにも少なすぎる職員数
14. 身体拘束など自由行動を束縛する措置
15. 管理職層の劣悪な管理能力

この項目表からは一目瞭然で、質的な改善が必要なのは事業所の管理運営だと分かる。無資格の介護者を有資格者に置き換えて目立った改善が期待されるのは、項目3・4・6・11・12くらいであろう。これらを総て実施したとしても、要介護者にとって「生活の質」の大幅な向上に結びつかない。立ち入り検査の結果を踏まえて、施設介護における有資格者の比率引き上げを提起するのは、かなりの外れといえよう。

つぎに、第1の誤りを吟味しよう。医者が活動や運営の実権を握っているMDKは、果たして事業所への立ち入り検査にふさわしい組織であろうか。要介護認定は確かに高度な専門性が求められる。その場合でも、医療知識よりも生活関連の幅広い知識と介護実務の経験がなければ適格な判定を下せない。それは医者にすれば本来の専門領域ではない。立ち入りの局面になれば、上記のごとく、主たる検査対象は事業所の管理運営に対する評価であり、医者の専門業務とは言えない。したがって、介護保険の一環として、立ち入り検査を強化するならば、それは、管理面を評価できる専門組織が必要となる。

モルデンハウアは、これらの欠陥を黙殺し、MDKの活動強化に彼の関心を向ける。彼によれば、ドイツには8,500ヶ所の介護施設および

³¹⁾ Moldenhauer, Meinolf, 3-4/2001, 2001, S.33. Moldenhauer, Meinolf, 6/2001, 2001, S.131.

12,000ヶ所におよぶ在宅介護の事業所がある。それに対して約220名の検査要員しか投入できていないため、2000年末までに約5,500ヶ所の検査しか実施できていない。そして、介護サービスの質確保法によるMDKの権限強化（これまでは、事前に通告してしか立ち入り検査ができなかったが、通告なしで随時に検査を実施できるようになった）を支持する³²⁾。

他方、経済学者のロートガングは介護サービスの質改善に対する姿勢がモルデンハウアと少し違っている。世論の関心は、職員の編成や管理面の整備項目の充実など運営構造についてコントロールする局面に向いている。しかしながら、サービスの質を向上させるもっとも良い方法は、事業所に質の改善競争をさせることである。そのためには、実際の介護活動に関する情報の公開を必要とする。しかるに、現状はMDKの検査結果さえも個別事業所に関しては公表されていないし、要介護者や家族が選択する際に必要となるサービス実態の評価はほとんど入手できない³³⁾。

介護の実態情報の開示は、市場でのサービス選択の際には不可欠の要件である。しかし、現在の介護保険をめぐる状況が続くかぎり、10年経っても実現しないだろうと、ロートガングはみている。彼の非難は立ち入り検査の結果の未公開であって、MDKの検査の有効性に疑義を唱えてはいる。その批判は専門主義の枠内に留まっていて、補完性原理の観点は見られない。

(iii)

補完性原理からすれば、相次ぐ介護スキャンダルの露見は社会保険の根幹ともいべき相互

扶助の機能が失われている事態である。したがって、サービス活動全体の見直しが求められる。なかでも施設介護は、日常生活にかかわるサービスが多い。それに携わる無資格の職員が要介護者の生活上の欲求にどれだけ共感を抱けるか。介護スキャンダル抑制の鍵はここにある。そこから導かれるのは、継続的な組織内教育や、要介護者に共感が持てる機会を多くする職場編成などを指向することである。

他方、専門主義に基づけば、繰り返し述べたように、有資格職員の比率引き上げ路線が提起される。上記の分析で、この路線の効果はかなり限定的だと判明している。ところで、仮にロートガングやモルデンハウアの主張に沿う路線を採用したとして、現在の介護保険の運営や介護の労働力市場にそれを受け入れる環境があるかどうかは、吟味に値する。ここまで吟味していない介護の労働力市場は、保険制度の運営にとって重要な考察分野である。

はじめに、これまで折に触れて言及してきたロートガングとモルデンハウアの見解を簡潔にまとめる作業が必要である。彼らは、政策分析の視角を機敏にその時々々の社会の関心に適合させる。介護サービスの質確保法や施設監督法改訂が提案されると、彼らは一見より客観的に見える論拠を持ちだして、専門介護の拡充を提案する。その際に、ロートガングは最近の専門介護に対する需要の増加動向と、数十年先に大きく低下する家族介護力の供給を根拠にする。一方、モルデンハウアは慎重に、介護保険法が予定している多様な性格のプログラム（要介護の予防やリハビリテーションの強化など）を肯定

³²⁾ Moldenhauer, Meinolf, 6/2001, 2001, S.131, S.133.

³³⁾ 2002年8月12日にブレーメン大学で行われたHeinz Rothgang氏へのインタビュー。

しながら、それらの対策を講じても需要の増大には追いつかないから、介護施設の拡張を中心にした専門介護は不可避だと主張する。

彼らはもちろん、自分たちの主張が「安価な保険」という導入時の政治的合意に反するのを承知している。その際、経済学者のロートガングは、実質的に目減りしている給付額はしばらく据え置きながら、介護者により高い賃金を提示することで、政策コストの抑制に配慮する。モルデンハウアは、より多くの職員投入が必要となるカナダ方式の介護職員測定システムがすでにパイロット事業として導入されていると報告する。さらに、この方式の採用は「安価な保険」のモデル転換に行き着くとか、過度の官僚主義と以前の所要コストの自己充足原則への復帰だといった批判があるのを認めつつも、結局は、この方向で介護の質を向上させるよう求める。彼らの発言をつなぎ合わせれば、有資格の介護者比率の引き上げは、現行介護保険の性格を変更させてでも追求すべき優先戦略という位置づけになる。ここに専門主義に立脚する彼らの価値基準がハッキリと読みとれる。

専門主義にとってそれほど重要な有資格者の雇用増大であるが、彼らは労働力市場の供給状態を分析せずに、劣悪な雇用条件の側面を指摘するにとどまる。この時、ロートガングの主張は、準備期に起きた社会的な価値観の変動などを過小に評価しているように思われる。彼は有資格者が少ない原因をもっぱら「安価な保険」づくりに求める。そのうえで、保険導入後にパート労働者の比重が高まっていることや、広義の看護関連の分野のなかで最も専門性とキャリア性の低い市場という評価ランクが定着すること

を危惧する³⁴⁾。

これに対して、モルデンハウアは準備期の社会が補完性原理に大きく共鳴した展開をも冷静に受けとめている。彼の見方からすれば、介護保険の導入は介護職全般の価値を物質的にも精神的にも高めた。にもかかわらず、介護職は相変わらず十分に求職者を引きつける魅力ある市場を形成できていない。魅力ある市場の形成は新たな価値観の受容を含む包括的な取り組みが必要である。彼はこうした市場把握を示す半面で、先のカナダ方式のごとく、きょくたんに専門主義的な方策を提起する³⁵⁾。それでは、彼らの主張がどの程度、介護の労働市場の動向と噛み合っているかの検討に移ろう。

ロートガングとモルデンハウアは、政策分析の視角を社会の関心に合わせるだけではない。対処案も社会が広く共有する通念に相乗した方策を提示して、見た目に説得力を持たせている。しかしながら、彼らの通念理解が表面的なレベルに終始するために、皮肉にも彼らの提案は、焦点の介護施設が通念に従って行動する市場の求職者を獲得できない内容になっている。

介護の労働力市場は、大きくは無資格の介護従事者、有資格の介護従事者、有資格のサービス管理者を調達する3市場に区分される。しかも、それぞれの市場には老人医学部門を備えた病院、在宅介護、施設介護という3種類の事業所タイプが職員を求めて登場する。この時、勤務先の価値序列に関する社会通念に従えば、群を抜いて高いのは大病院であり、それに次いで、専門的な介護支援のイメージが定着しつつあり、サービス提供者・顧客の関係がより明瞭な在宅介護である。実体、イメージとも社会扶助の性

³⁴⁾ Rothgang, Heinz, 2002年, 41, 42ページ。

³⁵⁾ Moldenhauer, Meinolf, 3-4/2001, 2001, S.31.

格を引きずっている施設介護は最もランクが低い。

職場選択に際して、キャリアパスはもう一つの重要なファクターである。ロートガングが指摘するように、病院組織においては専門介護サービス内に業務の細分化が現れていて、部署内にキャリア上昇の道が開かれている。それに対して、介護施設の場合は、直接の介護サービス提供から介護部門を管理するスタッフへのキャリアアップが一般的である。職場の評価や構造についての条件を確認したうえで、介護の労働力市場の実体を取り上げよう。

実は、研究者自身が狭い専門領域に固執しているために、以前には病院、在宅介護、施設介護の3種類を寄せ集めた調査はなかった。介護サービスの質確保を目指す2本の法律が施行された2002年の初頭に、ドイツ介護実態研究所がはじめて、3種類を合わせて1,028カ所の事業所に対するアンケート調査を実施している。調査の結果によれば、目下、総計で4万人の求人がある。連邦全体について内訳をとれば、病院だけで1万2,000人、在宅介護分野の1万1,000人、介護施設が8,000人となる。直接の介護サービス従事者は合わせて3万人ほど足りない。これに加えて、管理部門の人材が不足している。

質問に回答した経営管理者たちによれば、介護職員の勤務状態は明らかに以前よりも悪化している。職場では、病欠をとる職員が増えたり(46パーセント)、仕事量の増加には残業を増やす対応を強いられている(40パーセント)、と答えている。こうした事態が広がるのは、中核となる職員が確保できないからである。この点は、経営管理者たちが職員獲得に要した時間に

反映する。2001年の時間は、2000年よりも明らかに多くなった(58パーセント)、と答えている。要するに、介護関係の労働力市場はかなり閉鎖的で、求職者の新規参入があまり見込めない。求人が困難にもかかわらず、事業所側は、在宅介護を中心に、もっと事業を拡張する意欲が強い。

客観的なファクターを検討するかぎり、介護分野は売り手市場である。その労働力市場にあって最も流動的なのは、幅広い実務経験を重ねている施設介護の有資格者たちである。彼らはより高度な介護の専門職をめざして病院に移ることもできれば、同じ業界内でサービス管理者にステップアップもできる。しかも、在宅介護の分野では依然として新規開設の機会が多い。ここでは、即戦力としての中核スタッフや専門職が求められる。調査の報告者によれば、特に施設の介護サービス管理者は、病院介護と福祉施設の介護を統一的に把握でき、現場と近い実践的なトレーニングの修得が要求される。目下の教育制度はこれだけ幅広いトレーニング実施の内容をほとんど備えていない³⁶⁾。

ここから導かれる結論は、ロートガングの分析と違って、直接に介護に携わる有資格者が外部から一番狙われやすいため、介護施設はできるだけ彼らを優遇せざるをえない。しかるに、介護サービスの質向上を目的にした2法律は、介護の管理者層を大幅に強化する内容であるから、直接に専門的な介護サービスを提供できる職員を現場から奪い取る作用をもつ。また、モルデンハウアの主張を認めて、ある程度の介護コストの引き上げを実施しても、そのコスト増加は実質的に管理スタッフの充実に向けられる

³⁶⁾ Marktmeier, Bettina, 3/4 August 2002, の一面トップ記事。

に過ぎない。

ロートガングやモルデンハウアの提案が支持に値しないと判明はしたが、なぜ求職者の活発な新規参入がないのかという疑問は残る。調査はその原因としてモルデンハウアらと同じく、社会から尊敬されない職場、要求される仕事上の能力に較べて低い給与を挙げるだけである。それに対する特別な対策の提起は見られない。市場経済の原則からして、サービス内容が日常生活と大きく重なる介護職の対価を大幅に引き上げるのは困難である。したがって、求職者の新規参入は、社会がこの仕事に高い敬意を払い、サービスの担い手が共鳴感を抱いて相互扶助の活動に従事する状況をいかにして生み出すかにかかっている。

3) 社会参加の諸形態と高齢者支援

(i)

介護保険の論文を多く発表しているロートガングとモルデンハウアは、世論が関心を寄せる視角から課題を設定し、社会の通念に沿う政策的な帰結を導き出す。その方策は、介護サービスの特質に照らしても現実の労働力市場の動向からも、適切でないことが解明された。だが、それで介護スキャンダルの発生という現実が解決されるわけではない。

彼らの勧める道に代わる路線はあるのか。介護保険法の秩序戦略からすれば、補完性原理の再構築となる。しかるに、介護保険の給付制度そのものは、この再構築の課題に対して二重の意味で消極的な立場にあり、保険制度外にある諸活動に期待しているに過ぎない。消極性の第1は、すでに要介護がかなり重くなった人のみがかもっぱら対象になっていて、軽度の要介護の

人を保険給付から除外し、本格的な予防活動の取り組みも弱い。消極性の第2は、認定した介護者にも家族介護を選ばせたり、地域財政主体に対してサービス基盤の整備を押しつけるなど、直接の資金支出を抑制することばかりに目が向いている。

ここから分かるように、介護保険の制度は補完性原理の再構築に向けた積極的な道具を備えていない。この保険制度の消極的な道具立てと、その外に位置するドイツ社会が介護保険法の秩序理念をどう受けとめるかは、分析上では別の問題である。これと関連して、補完性原理と理念的に大きく重なる活動展開として Bürgerengagement, Bürgergesellschaft と呼ばれる動きがある。これら介護保険を取りまく諸分野の動向について検討しても、補完性原理の再生をめざす動きと高齢者介護に対する社会支援の態勢づくりは、歯車がうまく噛み合っていないように見える。

現在のドイツ社会において、補完性原理を考察基準に設定するのは、ある種の困難を伴う。先に言及したごとく、ドイツの歴史上で、その原理に基づいて社会福祉を担ってきた団体が今日、福祉分野で支配的な地位を占めている。その団体の活動が補完性原理から見て不適格だと主張しようとするれば、その論証が必要となる。その第1歩は、伝統的な福祉団体が現在行っている活動の概観からはじめよう。

手元には、110年ほどの歴史を有する労働者救援同盟 (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V., ASB) の2001年次報告書がある。それに依拠して、この同盟の活動を整理しよう。鉱山や各種の災害救援に起源をもつ ASB は、この種の団体のうちでは珍しく男性の会員が多い。

加入メンバーの総数は102万人に達する。実際活動に携わっている人間は、給与を得ている専門職員16,607人、ボランティア11,822人、兵役拒否により社会奉仕を義務づけられている者4,209人となっている。ちなみに、在宅介護および介護関連の諸施設を取りだすと、在宅介護では専門職員4,030人、ボランティア636人であり、諸施設も同様に3,956人、225人となっている。つまり、主要な介護サービスは職業として雇用されている人々が提供している。

年次報告書はごく簡単な1999年の収支決算を載せている。それによると、総額7億1,359万ユーロの支出のうち、4億1,962万ユーロを人件費が占めている。それに次ぐ支出は、事業所の運営維持費1億4,967万ユーロである。その活動を賄う収入側を見れば、加入者からの会費はわずかに4,185万ユーロ（収入の5.9パーセント）にすぎない。圧倒的な部分は5億1,502万ユーロのサービス対価であり、残りの収入もその他の事業活動からの収益である。資金収支面から見るかぎり、この福祉団体はほぼサービス事業所と見なせよう³⁷⁾。類似した構造の伝統的な福祉団体を運営する人々は、その団体をいかなる性格の組織と自己了解しているであろうか。伝統的な福祉団体の一つ、Arbeiterwohlfahrtの経営に携わるポットの論文から探してみよう。

ポットの論文が扱うのは、近年、それら福祉団体を圧迫する2大ファクターである市民ボランティア運動の隆盛と所要コストの自己充足原則の廃止である。市民ボランティア運動に向かつては、伝統的な団体側の対応の遅れを自己批判してみせる。その一方で、自己充足原則の廃止を繰り返し取り上げ、団体の活動を著しく変質

させていると指摘する。そこに、現在の大規模福祉団体の経営層が活動現場レベルにおいて補完性原理をどう使っているかの手掛かりを見出せる。

彼によれば、伝統的な福祉団体のメンバーになる人々は、その団体の世界観に共鳴する。ひとたび加入すると、長期にわたって組織の決定に拘束される。そこでのボランティア活動は組織との結び付きを確認する機会である。民間企業の専門サービスに較べて、福祉団体が提供するサービスは、営利企業的な論理から離れているから、援助を必要とする人の近くに居て、多くの時間を割き、世話をやくことができる。そうした人格的な触れ合い、仲間としての相談を通じて、相手を思いやる勤や能力を高めていく。この時、ポットは組織原理の上から可能なサービスのあり様を物語るだけで、それを現実のものにする実際の基盤や条件については一切言及しない。

こうして、ポットは参加型サービス活動のうるわしい世界を提示する一方で、実は、それに従事するボランティアが専門性の制約になり、組織内で有給の職員との間に緊張関係が生じることを認める。しかも、組織の側にはその参加型ボランティアを自由に使える手足のごとく見なす風潮があるという。彼は介護保険の導入前から存在したこれらの問題点に明瞭な改善方策を提示することなく、介護保険の導入により、この緊張が著しく高まり、急激に以前の福祉団体の良さ（彼は補完性原理の用語を使う）がなくなっていると嘆く³⁸⁾。とすれば、ポットの持ちだす補完性原理は、他からは干渉されずに自己流の管理運営を行える所要コストの自己充足

³⁷⁾ Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.: *Tätigkeitsbericht Jahrbuch 2001*.

³⁸⁾ Pott, Ludwig, 4/2002.

原則のことにほかならない。

ある種のお役所風なサービス事業所に変身した伝統的な福祉団体は、当然、社会的な貢献に意欲を持つ人々から見て魅力がない。それと同時に、貢献意欲のある人々の側が以前と明瞭に変わってきたという要因も見落とせない。この人々のビジョンは、市場や国家がうまく解決できない社会の共通課題に積極的にかかわって、より民主的で相互扶助の機能に満ちた社会をつくりだすことにある。彼らが活動への参加意欲を示すのは、対象となる活動が人生の特定時期において自己の必要性、関心、時間配分をかなりの程度に満たす場合である。活動に際しても、彼らは団体の意思形成への参画権を求めつつ、決定に対するかなりの独立性、行動の自由、自分なりの生活スタイルの尊重を組織に認めさせる。このような人々が集まって多様な種類のセルフヘルプや市民イニシアティブと呼ばれる団体を形成する³⁹⁾。社会の支持という観点で両者を対比すれば、伝統的な福祉団体への加入者は頭打ち・減少が見られるのに対して、新しいタイプの団体は勢力をめざましく拡大させている。

これら団体の規模は小さなものが多く、加入メンバーも流動的である。また、それぞれの団体は、セルフヘルプの名称が示すごとく、問題を抱えた会員による相互援助の性格がかなり色濃いこともあり、運営費は通常、メンバーの負担により成り立っている。この間、その役割に対する社会の積極的な評価を反映して、多くの自治体が集会場所を提供したり、団体の運営にアドバイスしたりしている。さらに、資金面で援助している自治体も少なくない。保健・医療

関係のセルフヘルプはドイツでもっとも有名な団体であり、全国的に組織が整備されていて、近年は、医療保険の保険者から資金支援を受けている⁴⁰⁾。これらの団体は現代ドイツにおける補完性原理の担い手と見なせそうである。

(ii)

伝統的な福祉団体に目を向けると、補完性原理の用語は成立当初の意味をほとんど失い、それらの団体が自己の既得権を擁護する表現となっている。これと区別するために、社会連帯の理念を掲げて相互扶助の活動を推進する新しい動き（セルフヘルプ、市民イニシアティブ）に対して、今日のドイツ社会は別な名称の Bürgerengagement, Bürgergesellschaft を用いる。

ドイツ社会は、近年まで全国的な福祉団体のみならず、労働組合、教会など伝統的な半公的 (intermediäre) 組織への加入者が目立って減少している現象に強い危機感を抱いていた。しかるに、1990年代後半に、前者と新しいスタイルの自発的な団体の間に代替的な関係が見い出されるにおよんで、悲観論は沈静化したとされる。だが、そこで見いだされた代替関係は、かつて補完性原理が発揮したのと同じく、社会的弱者にとっての相互扶助機能の再現となっているであろうか。本稿の関心に引きつけば、とりわけ介護保険法が主要な対象と想定する高齢者介護向けに社会連帯による支援がどの程度提供されるかを問うことになる。

人々の半公的組織への加入には、伝統的な団体から今日的な団体への移動が見られる。プレー

³⁹⁾ Pott, Ludwig, 4/2002, S.93.

⁴⁰⁾ 保健・医療分野のセルフヘルプについての知見は、2002年現在ドイツで詳しく調査している大阪商業大学助教授・豊山宗洋氏からえたものである。

メはこの著しい現象が社会層の間にいかなる影響をもたらすかを吟味する数少ない研究者の1人である。彼は主に ALLBUS (Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften) のデータに依拠しながら、移行現象の背後に起きている構造変化を探る。全ての階層を対象に伝統的な半公的組織への加入を尋ねたアンケートによれば、1980~96年の間に、加入者は30から17パーセントにまで減少している。しかも、2つ以上の組織に属している人の割合は、1996年には1パーセントに過ぎず、もはや無視できる。

表9 学歴別に見た男性の非営利団体への加入割合 (旧西ドイツ地域のみ)

(単位：%)

	義務教育卒	中等教育卒	大学卒
1956	72.0	76.0	78.0
1980	70.7	73.1	73.0
1998	58.2	65.9	72.4

注) この非営利団体は、教会、政党、社会福祉団体などの伝統的な団体およびセルフヘルプ、市民イニシアティブなどの新しい団体のどちらをも含む。

(出所) Breme, Norbert: Ungleiche Chancen in der Bürgergesellschaft, in; *Sozialer Fortschritt*, 4/2002, S.88.

上記のものと内容的に重なる別のアンケートは、旧西ドイツ領域に住む男性を対象に新旧合わせた半公的組織への加入状況を調べている。こち

らは40年間にわたる動向を読みとれる。その結果は、先のアンケートとかなり違った社会参加の構図になっている (表9, 表10)。

全体の傾向としては参加割合に明瞭な低下が読みとれるものの、いずれの分類でも過半数の人が依然として半公的組織の加入者に留まっている。学歴別のケースをとれば、1980年代に著増する大学卒の場合は、近年の参加割合が高止まりになっている。期間中に比重を大幅に落とした義務教育卒および安定した比重を保つ中等教育卒は、持続的に参加割合を低めているが、その低下スピードは1980年以降に加速している。

職業別のデータを見ると、上級公務員は1956年に格段に高かった。この職業集団は1980年以降になってもぜんぜん低下していない。この集団を除くと、一貫して参加割合を下げている職業集団とこの10年間は下げている集団の2つの類型に分かれる。今やすっかり小さな比重しか占めていない農業者と、1970年代から比重の低下が目立つようになった現場技能者は、前者の類型である。比重としては比較的安定している自営・自由業およびこの間比重を高めている事務員・サービス業が後者の類型となる。

これらのデータと新旧の半公的組織の間に見られる加入動向の「代替関係」を結び付けると、男性部分だけではあるが、半公的組織の加入メ

表10 職業区分別に見た男性の非営利団体への加入割合 (旧西ドイツ地域のみ)

(単位：%)

	上級公務員	農業者	自営・自由業	現場技能者	事務員・サービス業
1956	90.0	80.0	76.0	75.0	70.0
1980	75.1	79.5	73.0	69.3	72.0
1988	78.9	85.0	69.3	62.3	65.9
1998	79.8	62.5	70.0	55.0	66.1

注) この非営利団体は、教会、政党、社会福祉団体などの伝統的な団体およびセルフヘルプ、市民イニシアティブなどの新しい団体のどちらをも含む。

(出所) Breme, Norbert: Ungleiche Chancen in der Bürgergesellschaft, in; *Soialer Fortschritt*, 4/2002, S.88.

ンバーの特質がある程度見えてくる。伝統的な半公的組織からは、低い学歴、相対的に低賃金であって現場作業に近い人々が退出していった。そして、新タイプの半公的組織に積極的に参入したのは、高い学歴で、専門的な職業を有し、相対的に安定した職場にいる人々といえる。

ブレーメはこの代替関係と半公的組織のメンバー類型が抱えている問題点を指摘する。データが示すように、新しい半公的組織は、もっぱら高学歴の中間階層ばかりが結集している団体である。セルフヘルプや市民イニシアティブなどの構成がそうなるのは、違った分野の人々を結び付ける能力、問題を抱えた人との対話能力、自己の才能を積極的に活かす能力など、つまり、それぞれが持ち合わせている専門性の発揮を暗黙のうちに求めているからである。結果的に、上記のような能力を持ち合わせない低学歴の人たちにとって、新しいタイプの団体への敷居はとても高い。

他方で、低学歴の人々のうちから行動的な部分を吸収してきた伝統的な半公的組織が新しい血を補充できなくなったのは、なぜであろうか。なによりも、学校教育でホワイトカラーをめざす人々が主流を占めるまでに拡大した。その裏側で、義務教育修了者は比重を大きく下げ、対象となるメンバー層が少数集団に落ち込んでいる。それに加えて、彼らを伝統的な半公的組織に結び付けていた伝達ベルトが1970年代に崩壊していったという。それらの伝統的な組織の起源は、カトリック、プロテスタント、社会民主主義といった世界観と深く結びついていた。加入者たちは家族間の交流、日常生活、職業生活が相互に重なり合って、それぞれに特有の社会

的・文化的な生活環境を形成していた。その環境が次世代の加入者を生み出していったのに、それは1970年代に急速に消滅していったとされる。さらに、同時期からの失業率の増大と高止まりは、学歴の低い人々を直撃して、不安定な就業状態に落ちやすい人々の社会参加を抑制している⁴¹⁾。

ドイツ社会には、伝統的な半公的組織から新タイプの団体へと人々の移動が見られる。そこで生じている代替関係は、処分可能な資源が乏しい社会階層から社会参加の機会を奪い、受け身の生活へと追い込んで、利用できる社会資源をますます乏しくさせている。ブレーメの分析はここで終わっているが、この代替関係は補完性原理の再生でもって「生活の質」を実現しようとする介護保険法にとって、何を意味しているであろうか。

まず専門性を重視する人生観をもち比較的に所得の高い中間階層の側から見てみよう。もし自分や家族が要介護に陥った際に、彼らは専門介護を選択する割合が高く、評判の良い施設に入所する条件を備えている。こうした事情も手伝ってか、市民イニシアティブ、セルフヘルプなどは、離婚家庭の親子関係・教育面相談、環境保護といった生活面、あるいはアル中・薬中毒・難病のアフターケアなどの医療面で活発な活動を展開する。しかしながら、市民自らが介護サービスを点検するオンブズマン制度、あるいは家族介護を支援する組織などは知られていない。

これとは対照的な、学歴が低くて不安定な職に就く割合の高い人々の側から事態を組み立ててみよう。彼らは、今や社会連帯で結ばれた団

⁴¹⁾ Bremme, Norbert, 4/2002.

体から切り離されつつある。これらの人々やその家族が要介護になれば、家族介護を選ぶ可能性は高くなる。けれども、彼らは入手できる介護関連の情報にも事欠き、日々のストレスをため込んでいく結果、長期の介護生活は困難の度を深めがちである。

新旧の半公的組織の代替関係は、表面だけを見ると、新しく編成された社会構造へのスムーズな適合プロセスに見える。しかしながら、補完性原理の基準からは最優先されるべき社会層の困難を放置し、社会の底辺に沈潜させる危険をはらんでいる。この点からも、社会全体が要介護者をサポートする施策を大々的に展開する必要性は高い。

(iii)

今日のドイツにおいては、処分可能な資源の乏しい社会階層が社会参加の機会およびサポートを受ける機会を奪われる状況が強まっている。補完性原理の再構築をめざす介護保険が実施されても、事態を逆転させる社会の動きは顕在化していない。市場も半公的組織も手をこまねいたままである。この事態は地域財政主体の出番といえる。登場するのは、安全ネットワークの最後の引き受け手の機能とは違って、社会の新しい試みを活性化させる触媒機能である。ドイツの場合は、地域内に軽度の要介護者、家族介護者など大きなサポート需要が蓄積されている。これにどう応えるかは、補完性原理を再生する最前線の任務である。

軽度の要介護者や家族介護者の「生活の質」に応える活動は、専門主義の路線では引き受け

られない。そうかといって、新しい社会連帯を担うセルフヘルプ、市民イニシアティブは活動の特色とうまく合致しない。そのすき間を埋める地域財政主体の活動として、ケルン市域に見いだされる2つの助成事例を取り上げよう。1つは高齢者の代表組織で且つ自助組織でもあるシニア代表团 (Seniorenvertretung) である。ケルン市では20年ほど前から活動していて、まもなくノルトライン・ヴェストファーレン州全域で制度化される。選挙で選ばれた代表グループが定期的に区役所に集まり、いくつかのテーマごとに高齢者の相談にのる。この面では自助集団であるが、都市計画など高齢者に関係が深い市の政策に利害代表として見解を提出したりする。ケルン市は、この政策の延長上で、高齢者が関与している各種ボランティア団体の集う場所をひとまとめにし、センター機能を持たせようとしている⁴²⁾。

もう1つは、日常生活にかかわる高齢者サポートの活動を協同組合 (Genossenschaft) 方式で広めようとする試みである。日本では時間貯蓄型の互酬制度としてかなり普及を見ている。ドイツでは普及が遅れていて、連邦政府はケルン市内で補助金付きのパイロット事業を採用した。補助金が流入する間は100名前後の組合員が登録され、運営が継続されていたが、それが途切れると維持できなかつたのであろう。数年後、加入者に連絡もせず一方的に閉鎖されている。(円滑な運営がなされている時期に、詳しい活動紹介が新聞に掲載された。) これら高齢者向け活動の事例は地域財政主体の強力な援助でなんとか維持できている実態を示す。近い将来に自助および相互扶助の機能を急激に高める兆候

⁴²⁾ Stadt Köln: *Kölner Leben-Seniorenberatung in Köln*, Aug. 2002.

はみられない。

地域財政主体は新しい試みを隆盛にできないだけではない。介護保険法が経営革新を迫った伝統的な社会福祉団体に、種々の援助機会を与えてもいる。ケルン市は高齢者の窓口を一まとめにして、彼らに便宜を図っている。その窓口担当者をすべて福祉団体が独占していることはすでに述べた。ここでは、サービス基盤を整備する投資助成金の運用について触れておこう。先に取り上げた民間事業者Wは2002年にデイケアを開設した。この州の助成規定ができて6年を経過した。そして、このデイケアは広域計画福祉連合ラインラントが民間事業者に認めた最初の助成施設だという。投資助成は件数が多い。そのうえ、助成はもっぱら伝統的な福祉団体に提供されている。

これらの実情を勘案すれば、高齢者介護の分野における州・自治体の触媒機能は、補完性原理の再構築に向けてあまり効果を発揮している状態にない。

専門主義に立脚する政策分析家たちの目は、世論の関心に合わせて介護スキャンダルの対処に向いている。要介護者、家族介護者の「生活の質」を実現するためには、地域財政主体や半公的組織による支援態勢が重要である。この分析関心は彼らに欠けている。その支援態勢を取り込んだ分析によれば、補完性原理の再構築という秩序戦略は、全体的としては順調に進展していない。いくつかの局面で危険な様相さえも含んでいて、安定した定着期にあるとは言えない。

V むすび

前回の調査は、施設介護が給付に加わった1996年夏であった。まだ、新制度採用の熱気と慌ただしさに満ちた当時に入手しえたのは、在宅介護に関するデータと介護保険の諸解説であった。今回は、介護サービス事業所にインタビューし、制度実施後の推移を示すデータとも出会えた。その調査の過程で、政策分析家と旧知の友人たちの評価ポジションの乖離に突き当たった。政策分析家は、一連の介護スキャンダルが世間に報道されても、さまざまなデータに基づいて介護保険の制度が安定軌道に乗っていると主張する。友人たちは身近な例を挙げて、介護保険がなければ困るけれども、要介護者や家族にとっては何とも中途半端な制度だといらだっている。

入手したデータ、最近の政策展開からは、政策分析家の主張はもっともらしい。そもそも安価な保険を命題にスタートしている以上、給付水準が受給者を満足させえないことは、当初から分かっていたはずである。この脈絡を受け入れると、友人たちのいらだちは、制度への誤解で片づいてしまうのか。釈然としないひっかかりに回答を見いだすべく、本稿は定着期に入ったとされるドイツ介護保険を、もう一度、法律の理念にまで立ち返って再吟味する。この検討により、射程範囲に関して介護保険法の秩序戦略と運営されている保険制度の間にはなほだしい乖離が取りだされる。秩序理念が求める政策の射程は地域財政主体や半公的組織のあり方にまで及ぶ。それゆえ、本稿は半公的組織や地域財政主体をも考察対象に加えている。

個々の検討は粗雑になろうとも、本稿が介護保険法の理念戦略の包括的な吟味に固執するのは、政策の担い手・受け手・仲介者といった主

体たちがとる実際の動きこそが、政策効果にとって決定的な鍵だとみるからである。彼らの絡み合いは、実績データ中心の分析や注目すべき概念・手法についての研究では、たいてい省かれてしまう。だが、彼らを考察に入れてこないと、今日のドイツにおける補完性原理の再構築について評価はできない。実際、担い手たちや理念を体現する組織は、固定した存在ではなく、それらを取りまく社会の変動に合わせて交代し、変容もする。

皮肉なことに、EU や国際的な場で補完性原理がひんぱんに唱えられるようになった現在、発祥の国といえるドイツでは、今日的な再構築が大きな困難に直面している。かつての担い手は輝きを失い、それに代わる新しい勢力は、もともと傷つきやすい社会層に社会連帯の手を差し伸べる準備ができていないように見える。

ドイツの介護保険法は、経済が停滞する局面において要介護者の「生活の質」を満たすという包括的な課題には、補完性原理に依拠した対応しかないとの立場をとる。介護のサービス特質を踏まえれば、その解決戦略の提示は正しいように思われる。適切な戦略提示があったとしても、それに応える受け皿が社会の側に用意されている必然性はない。この時、いかにすれば条件を成熟させられるのか、少なくとも、成熟促進の方策を生み出せるのかは、それ自体、興味ある研究課題であろう。

〔付記〕

現地調査の成果は、当該地においてどのような援助を得られるかに大きく左右される。2002年8月の短い調査で、ドイツ介護保険の現局面をいか程かつかみ取ることに成功し得たとするならば、それらは Hildegardis 病院のソーシャ

ルワーカー Gisela Klein 夫妻、大阪商業大学助教授・豊山宗洋氏夫妻の公私両面にわたる援助の賜である。両夫妻の多大な援助に深謝する次第である。

また、調査活動に対しては国際文化交流事業財団からの助成を受けた。本稿は調査成果の一部である。

参考文献

- 春見静子「高齢者・障害者福祉サービス」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。
- 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年。
- Rothgang, Heinz 「ドイツにおける高齢者介護保険」女性労働問題研究会編『介護労働の国際比較』青木書店、2002年。
- 田中耕太郎「社会扶助」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。
- 豊山宗洋「セルフヘルプグループ考察が経済政策論に提示するもの」『大阪商業大学論集』125号、2002年。
- 土田武史「介護保険の創設とその後の展開」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。
- 山田誠「公的介護保険とモラル・ハザード—日独の政策構想の比較分析—」『経済学雑誌』98巻4号、1997年。
- 山田誠「ドイツの公的介護保険と自治体の任務」日本地方財政学会編『高齢化時代の地方財政』勁草書房、1998年。
- 山田誠「介護サービスの特性と日独の政策比較」西村周三編『医療白書 1998年度版』日本医療企画、1998年。
- 山田誠「ドイツの補完性原理と自治体行財政—ドイツ型福祉国家にとっての2つの原動力—」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。

- Zap.W. 「ドイツ社会国家の発展, 構造および展望」
白鳥令, R. ローズ編『世界の福祉国家 (課題と将来)』新評論, 1990年。
- Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.: *Tätigkeitsbericht Jahrbuch 2001*.
- Bremme, Norbert: Ungleiche Chancen in der Bürgergesellschaft, in; *Sozialer Fortschritt*, 4/2002.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Text Ausgabe Pflege-Versicherungsgesetz, 1996.
- Bundesministerium der Gesundheit: Pflegeversicherung, Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, <http://www.bmggesund.de/thmen/pflege/finanz/zahl.htm> (2002年9月10日現在)
- Deutscher Bundestag: *Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, 2001.
- Deutscher Bundestag: Drucksache 14/8822, *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger — unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, 18.04.2002.
- Göhning, Heidemarie: Zertifizierung ambulanter Pflegedienste, Das Gütesiegel im Erftkreis, in; Rosendahl, Bernhard / Zängl, Peter (Hrsg.): *Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes, Erfahrungsberichte aus kommunalen Pflegekonferenzen in NRW*, Juli 1977.
- Haustein, Thomas: Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2000, in; *Wirtschaft und Statistik*, 2/2002, 2002.
- Marktmeyer, Bettina: Führungskräfte im Pflegebereich Mangelware, in; *STELLENMARKT*, ZGK-Nr.178, 3/4 August 2002.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: *Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen*, 1996.
- Moldenhauer, Meinolf: Herausforderungen und Reformbedarf der Pflegeversicherung, in; *Arbeit und Sozialpolitik*, 3-4/2001, 2001.
- Moldenhauer, Meinolf: Zum Stand der Qualitätssicherung in der Altenpflege seit der Einführung der Pflegeversicherung — unter Berücksichtigung aktueller Reformbestrebungen, in; *Sozialer Fortschritt*, 6/2001, 2001.
- Pott, Ludwig: Ehrenamt aus dem Blickwinkel von Wohlfahrtsorganisationen, in; *Sozialer Fortschritt*, 4/2002.
- Roth, Günter: Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen, in; *Sozialer Fortschritt*, 8-9/2000.
- Roth, Günter & Rothgng, Heinz: Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in; *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol.34, Heft4, 2001.
- Rothgang, Heinz & Volger, Anke: Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Sozialhilfebezug in stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. ZeS-Arbeitspapier Nr.7/2000, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, 2000.
- Stadt Köln: *Kölner Sozialbericht*, Band I der Kölner Sozialberichterstattung, Juni 1998.
- Stadt Köln: *Kölner Leben-Seniorenberatung in Köln*, Aug. 2002.
- Stadt Köln: *Pflegebedarfsplan 2001-2006*, Stadtgebiet insgesamt, Stand März 2002, 2002.
- Statistisches Bundesamt: *Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 —Deutschlandergebnisse—*, Bonn, August 2001.
- Statistisches Bundesamt: *2. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 —Ländervergleich: Pflegebedürftige—*, Bonn, Oktober 2001.
- Statistisches Bundesamt: *3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 —Ländervergleich: Pflegeheime—*, Bonn, Mai 2002.