

# ドイツの介護保険と補完性原則の今日

## — 2つの介護保険改革から見えるドイツ社会国家の一断面 —

山 田 誠

### 目次

#### I 序

#### II 2008年・2012年改革への評価と日本のドイツ介護保険研究

- 1) ドイツ介護保険の研究アプローチ
- 2) 日本の参照枠論による2008年・2012年改革に対する評価
- 3) ドイツの介護アクターたちの見解

#### III 制度としての補完性原則の運用とドイツ型の新公共管理論

- 1) 介護保険の二面的な性格と改革をめぐる秩序理念の対抗
- 2) 政策実務をめぐる補完性原則と新誘導モデル論

#### IV 高齢者介護の多様性と6大民間福祉団体の変容

- 1) 保険創設後の民間福祉団体と個別事業体としての経営戦略
- 2) 認知症者に対するケア提供と市民参画型の社会活動

#### V 結び

#### I 序

第二次大戦後の自国の体制を社会国家と名付けてきたドイツの研究者の間で福祉国家の呼称が広まり、近年になるほど勢いを増している。これは、ドイツの社会政策が共同社会的なもの（市場経済と整合的な政策づくり）をより強く顧慮するようになってきた展開と呼応している。しかしながら、現在の社会政策に対する諸研究は、利益社会的なものと共同社会的なものの緊張関係まで十分に照射できていない。それに対し、本稿は、最近の2つの介護保険改革—2008年、2012年—を切り口にして、社会扶助を管轄する国家部門（地域財政主体、Gebietskörperschat）と、国家から自立した社会の組織である社会保険や民間福祉団体（Freie Wohlfahrtspflege）のリスク対処の間に存在する緊張関係の具体的な展開を考察する。

この視座は、日本の政策づくりの参照枠としてドイツ介護保険（社会保障）を調査研究する潮流とは大きく違っている。近年の潮流は、この間、全般的に低下してきた日本のドイツ関心に抗して、ドイツの政策展開をタイムリーに扱い、ドイツ研究の再活性化に大きく貢献してきた。その半面、日本にとっての政策参照枠という視角設定のもつ制約を受けて、ドイツ社会政策（その主要部分としての社会保障政策）の法

制度および運用の両面に深く組み込まれている補完性原則 (Subsidiaritätsprinzip) とそれに挑む市場経済指向の政策管理手法との緊張・相克は視野の外におかれてきた。

どの国においても、社会政策 (広義) は経済、社会のみならず国家体制も直接に関係する総合政策であるため、いっばんに共同体的なものに支えられた価値秩序枠組みに対抗する政策イノベーションの実現は困難である。それゆえ、共通市場に合わせて統合の広がりが見られるEUについても、社会政策・社会保障の統合はほとんど進展していない。EU 統合の旗頭の地位にあるドイツにおいても政策環境は共通しており、共同体的なものを優先させる方式をもっぱら他のヨーロッパにはない社会国家の様式と自認してきた。

その一方、第二次大戦後、マルクス主義の強い影響を受けてきた日本の社会科学は、学問的検討に際しても社会主義・東ドイツと政治的に対抗する西ドイツという側面を強く意識してきた1980年ころまで、社会国家の多面的な実態を解明する作業に熱心でなかったように思われる。ただし、ドイツの社会国家は広狭の用いられ方をする。広義では経済システムと社会システムの相互関係を扱う (山田誠『現代西ドイツの地域政策研究』参照) が、本稿では、社会保障を中心とする社会政策の理念・制度・運営という狭義の範囲に限定して用いる。

しかるに、1990年代に日独が相次いで介護保険法を成立させ共通の政策舞台が登場することで、両国の乖離した研究関心のあり様に1つの転機が訪れる。さらに、実際運営に特化してきた政策研究にとって、1994年に法制度を成立させてから連邦政府が本格的な改革を手がけずじまにもかわらず、2008年、2012年と連続的に

に介護保険の改革を実施したことは、分析に新しい局面を持ち込む。この2つの改革の間に、所管大臣は政治理念・戦略が鮮明に異なる2政党 SPD (社会民主党)・FDP (自由民主党) 間で交替した。その両者が主導した改革は、創設当初の介護保険の性格と、その後の運営で顕在化した問題点の両局面への対処を含んでいることから、介護保険創設の意味が改めて問い直される。

本稿にあつては、加えて従来の介護保険の研究ではほとんど着目されずにきたドイツ型の新公共管理論と、それが改革の対象とする自治体行政における補完性原則 (広義の団体統合主義の一部) の緊張関係に着目する。というのも、ドイツの介護保険は、一面において制度革新的な要素を組み込んでいるものの部分保障の社会保険という制約を受けて、従前からの介護扶助 (社会扶助の一部門) や他制度と絡み合った併存編成により高齢者介護に対処する構造となっている。その編成構造をふまえれば、社会扶助と介護保険の両制度において中心的なアクターを演じる6大民間福祉団体の今日的な役割に照明を当てることになる。

## II 2008年・2012年改革への評価と日本のドイツ介護保険研究

### 1) ドイツ介護保険の研究アプローチ

手厚い社会保障の重圧に苦しむドイツにあって最後に参入した介護保険の吟味の場合、マクロの理論経済学的な接近は、ドイツの社会保障上限論を解明する興味あるアプローチであるが、本稿では視野の外におかれる (上限論の理論的な手がかりについては、瀬岡吉彦「医療経済分析のミクロとマクロ」を参照)。本稿はそれと

違って、今日の日本の社会科学分野でマイナーな政策分析視角となっている制度化された社会規範と現実の社会生活発展の間に生じる軋轢・相克の緊張関係、さらに、それを自己が有利となる処方箋で対処しようとする政治の絡み合い事例として高齢者介護政策をとらえる。というのも、ドイツの介護保険は、19世紀末からはじまり第二次大戦後に社会政策・社会保障の分野において格段に拡充されてきた補完性原則を、ほかならぬ制度化の推進者であった保守政治が自ら革新したという性格を備えているからである。

社会保障の柱の1つである社会扶助を管轄する自治体の要求に応えるかたちで1990年代初頭の政治の舞台に登場した介護保険は、第二次大戦前から始まっている補完性原則に縛られてきた自治体行政を現代化する運動（新誘導モデル論、Neues Steuerungsmodell＝ドイツ型の新しい公共管理論）と深くかかわっている。すでにヴァイマル期から現場で介護を含めて社会福祉の主要な担い手となってきたのは、6大民間福祉団体である。介護保険の創設だけをみれば、社会福祉部門の巨大カルテル集団ともいべき6大団体にとって体質改革の強制を意味した。けれども、部分保障の社会保険が果たす役割は限定的であり、高齢者介護政策としては制度内在的に他の政策・機関との連携が組み込まれている。制度発足後の運営において、併存編成の政策はいかなる軌跡をたどったのか。2つの介護保険改革はその歩みと成果の中間決算という色彩を帯びている。ところが、日本のドイツ介護保険研究では、この側面は大部分が抜け落ちてしまう。

日本におけるドイツ介護保険研究の主流は、今日、社会規範を捨象して法定された制度とその政策実績を日本と較べる。法の制定とは、種々の政治勢力の間で、一時的か持続的かは別にして、均衡点一眼前に生じている新しい問題局面と頑固に維持される土台的秩序の間の調整および諸利害の調整に関する妥協的な組み合わせを確定させたことを意味する。この時、制度・装置比較の手法を用いれば、成立した法制度の作用面に関心を集中させがちになり、対立する政治勢力の間で生み出された妥協の裏側にある社会生活上の問題状況に対する検討関心が弱くなる。日本の政策にとっての参照枠とするアプローチの場合、この危険はいっそう高くなる。参照枠アプローチと社会規範を取り込んだ検討手法の違いを簡潔に提示しておこう。

高い水準の社会保険給付と寛大な社会扶助がドイツ社会国家の特徴であることはよく知られている。その一方、遭遇した災難に対処する手段の投入序列として自己責任、相互扶助（＝社会保険）、公的扶助（＝社会扶助）という補完原則を取り上げる際、人々が社会保険と社会扶助の間にどれほど深い市民社会的な境界線を設けているかを認知できる機会は稀である。分断の深さを垣間見る数少ない機会が介護保険アンケートである。2008年改革と2012年改革の間に実施されたアンケートはその例といえる。人々は種々の弱点や問題点があらわになっけていても、そして、給付レベルがもっとも低い社会保険であろうとも、創設の当初と変わることなく、介護保険にたいへん高い評価を与えている<sup>1)</sup>。創設から十数年経っても社会扶助に属していた介

<sup>1)</sup> ドイツ最大の疾病金庫・AOKが2011年6月に実施したアンケートによれば、87.1パーセントの回答者は、介護保険が社会保障の重要な柱だと回答し、その保障強化に賛成している。SPD-Bundestagsfraktion, 2012, S.4.

護が社会保険という相互扶助の次元に移動したこと自体を、国民の多くは強く支持している。現実の政策活動に引きつけられ、介護保険の創設は介護を社会扶助から社会保険に移すという社会規範上の位置変更の側面と、政治の世界をも巻き込んで普及しつつあった行政管理改革（広義）の側面を備えている。政策や行政を市場経済と適合的なものに変革するという観点から、給付選択肢の1つとして金銭給付の導入や、営利企業の参入などが採り入れられた。金銭給付は、サービス給付の半分水準にもかかわらず立法者の想定を越えて強く選好された。徐々に比重を下げていくものの、現在でも依然として要介護認定者の約半分がサービス給付ではなく金銭給付を選択している（中間タイプとして、サービス給付と金銭給付の混合タイプを選択している受給者も多い）。

新基軸を導入した介護保険が国民から高い評価を獲得し続けている理由としては、広く国民に浸透している社会規範に合致する上位目標—退職後に要介護になっても社会扶助の「貧民」地位に転落させない制度—が、部分保障ではあれ実現したこと以上の要因は見いだせない。となると、運営経過のなかで社会扶助に転落する要介護者が再び増大すれば、それは介護保険の評価基準にとって深刻な動揺を意味する。この規範秩序の次元とは別に、認定基準のレベルでは、もっぱら日常行動での支障に重点特化した要介護認定の様式が要介護者の一大グループをなす認知症者の大半を非認定と判定する弱点を出発当初から抱えてきた。2つの介護保険改革は、政治がこの両面を放置できなくなったために着手された。その際、対処の方式をめぐって、対照的な方策を提起する政党は、SPDとFDPである。SPDは社会内に大きな勢力をなす中

間団体（ここでの対象としては特に6大民間福祉団体、介護保険金庫）と自治体といった関係者間のネットワーク化を推進しようとする。これに対し、FDPは個人責任および市場経済的な処方箋をより重視する。

最後に、日独の介護保険は制度の特質そのものが類型的に別タイプであることを確認しておこう（図－1）。ドイツの給付水準は低く、典型的には施設介護に見られるごとく、入所費用は給付金額だけでは賄えず、自己の年金や資産の大半をつぎ込むことが想定されている。それでも足りない場合は、社会扶助の受給者にならざるをえない。さらに、ドイツの要介護Ⅰは日本の要介護Ⅲに相当するとしばしばと言われるごとく、要介護の認定水準は高い。したがって、認定水準に達しない多くの人々が発生し、彼らが日常生活で支障を抱える場合には、社会扶助の受給者となる。

これは創設時における介護保険の特質である。最近の2つの改革は、この特質を変更するわけではない。その枠内において、日常行動障害を基準にした要介護の像を、より総合的な要介護像に置き換えようとしたにすぎない。その置き換えさえも、SPDの大臣下で進行した準備にFDP所属の大臣が反対したため、中断している。とすれば、ドイツの介護保険は、今日でも社会扶助に転落しなくて済む人々の範囲がかなり狭いという基本特質を備えている。それでも、勤労国民の行動規範を下支えする介護保険への評価は高い。

それでは、この局面を重視しない日本のドイツ介護保険研究者に、2つの介護保険改革はいかに映るのであろうか。日本人研究者といっても一人一人アプローチは違っていて、多様である。次節では、ドイツの介護保険を日本の政策

保険の範囲 認定水準	部分保障の保険	総体カバーの保険 (定率負担付き)
高	<b>ドイツの介護保険</b> ( 特定社会層を社会 扶助から救出 ) 【日常行動障害を 基準にした要介護像】 ↓ 【自立生活の喪失度を 基準にした要介護像】	
低		<b>日本の介護保険</b> ( 申請者の圧倒的割合が 基本的需要を満たせる だけの受給資格 ) 【身体・生活介護】 ↓ 【リハビリ重視型介護】

注) 下段の→は、この間、改正・改革に際して掲げた目標が達成されて  
いないことを示す。  
(出所) 独自に作成。

図-1 日独介護保険の類型的特質

づくりの参照枠にする立場を明瞭に打ち出している調査・研究者を中心に上げる。

## 2) 日本の参照枠論による2008年・2012年改革に対する評価

### (i)

近年のドイツ介護保険(社会保障)に関する研究の盛り上がりは、参照枠論に依るところが大きい。参照枠論は、いっけん比較公共政策論と似ているが、基本的に別なアプローチである。後者は比較対象に共通する検討仮説を設定し、それを分析基軸に据える(介護保険を取り上げた事例としては、Campbell, John Creighton「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過

程」)。これに対し、参照枠論は、もっとも直截的な場合には自国の対象のために築かれた分析フレームワークを外国の事例に適用する。その際、制度・装置・運用から発生する作用は共通だと想定されることが多い。

かつての日本にあつては、社会科学は輸入学問とならざるをえなかった。西洋の歴史の裡で築かれた社会規範、それに由来する制度・運営の諸関連を無視して、学問上の理論をそのまま日本の現実政策分析に当てはめる研究も少なかった。このスタイルの研究だと、理論への全面依存によりかえって見えるものが見えなくなる事態を招きかねない(伊藤大一『現代日本官僚制の研究』)。今日の参照枠論に立つ調査・

研究は、ある面で以前の研究を裏返したスタイルで、自国において成立する社会規範・作用関連を外国の対象分析に適用する危険をはらんでいる。ドイツ介護保険の調査・研究者は、この危険とどう向き合っているであろうか。

ドイツは2012年9月に、FDPの保健大臣パール氏 (Daniel Bahr) の下で2013年発効の介護保険改革法を成立させた。近年のドイツ社会保障研究の隆盛を担っている土田武史氏は、すでに

立法化の終盤局面に SPD のシュミット (Ulla Schmidt) 保健大臣の下で制定された2008年改革と、2012年改革の双方を1つのレポートで扱っている (土田, 2012年)。何が注目すべき改革内容かは評価者の判断により異なるが、土田氏の列挙する項目を制度の枠組みと個別措置の事項に分けて整理すれば、2008年改革では、次のようになる (給付の段階的な改善の内容については、表-1 参照)。

・保険料率の0.25パーセントポイント引き上げ

表-1 2008年改革における主な給付の段階的引き上げ(月額)

(単位: ユーロ)

サービス	引き上げ時期	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	過酷ケース
在宅介護 (現物)	2008年6月まで	384	921	1,432	1,918
	2008年7月1日から	420	980	1,470	
	2010年1月1日から	440	1,040	1,510	
	2012年1月1日から	450	1,100	1,550	
在宅介護 (現金)	2008年6月まで	205	410	665	な し
	2008年7月1日から	215	420	675	
	2010年1月1日から	225	430	685	
	2012年1月1日から	235	440	700	
施設介護	2008年6月まで			1,432	1,688
	2008年7月1日から			1,470	1,750
	2010年1月1日から			1,510	1,825
	2012年1月1日から			1,550	1,825
通所介護	2008年6月まで	384	921	1,432	な し
	2008年7月1日から	420	980	1,470	
	2010年1月1日から	440	1,040	1,510	
	2012年1月1日から	450	1,100	1,550	
ショートステイ(年額)	2008年6月まで	1,432	1,432	1,432	な し
	2008年7月1日から	1,470	1,470	1,470	
	2010年1月1日から	1,510	1,510	1,510	
	2012年1月1日から	1,550	1,550	1,550	
代替介護 (年額 上段 =家族による介護 下段=その他の介護)	2008年6月まで	205	410	665	な し
		1,432	1,432	1,432	
	2008年7月1日から	215	420	675	
		1,470	1,470	1,470	
	2010年1月1日から	225	430	685	
		1,510	1,510	1,510	
	2012年1月1日から	235	440	700	
		1,550	1,550	1,550	

(出所) 斎藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機—介護保険制度改革とその挑戦—』ミネルヴァ書房, 2012年, 104ページ。

(1.70→1.95パーセント)

- ・ 自宅介護と施設介護の中間形態である居住共同体の促進（ドイツ版のグループホーム）
- ・ 要介護0の認知症者に対する給付導入と、認定されている認知症者への給付改善
- ・ 在宅介護の給付充実（給付の段階的改善，3年ごとに給付見直し措置を導入，各種の介護情報や事務的な支援を一カ所で提供する介護支援拠点の設置）
- ・ 介護休業の導入（緊急の10日間，申請に基づく6カ月までの無給休業）
- ・ 介護の質改善（要介護認定の審査組織による事業者検査の間隔短縮，審査結果の公開）
- ・ 官僚主義の弊害緩和（申請者に対する介護金庫や要介護認定組織の対応改善）

次いで，2012年改革案に対する内容まとめを2008年改革に照応させて表示する。

- ・ 保険料率の0.1パーセントポイント引き上げ（1.95→2.05パーセント）
- ・ 先の SPD の大臣下で準備された新要介護像を破棄したが，新規の提案はできずに延期
- ・ 居住共同体の運営充実と整備・建設の促進
- ・ 完全介護施設に入っていない認知症者に対する支援を大きく上乘せ
- ・ 家族介護者への支援強化（家族に支障が生じた際に4週間の代替介護の費用支給）
- ・ 官僚主義の弊害緩和（要介護者・家族へのより親身な対応）とリハビリ先置の明確化

2008年改革・2012年改革は，対立する理念・路線を掲げて総選挙を戦い，所管大臣の交替をもたらした政治によって実現された制度改革である。だが，土田氏の整理は事項内容を較べた

とき，2つの改革が驚くほどの共通項目を含むことを教えている。彼は特徴となる事項を決して恣意的に選び出したわけではない。それぞれの改革を主導した政党，またはそれに近い機関による当該改革に対する見解文書は，彼の整理に近い内容になっている。2008年改革については，SPD の国会議員団が2012年改革法案に対する態度を表明した文書中で，自分たちの主導した改革を自己評価している<sup>2)</sup>。つぎに，2012年改革に関して，法成立後に出ている連邦保健省の広報は，直接の政党見解ではないものの，骨格部分に限れば FDP の態度表明に近い文書と見なしてよからう<sup>3)</sup>。どちらの文章も大筋において土田氏の取り上げた項目と合致している。ここから，政党は特定課題に対処する方策選択と現場の問題をいかに改善するかの処理能力の誇示とでは，別のアピール態度をとることが分かる。

その半面，土田氏の改革整理が彼なりの整理基準に支えられているのも事実である。具体的に取らざれば，介護保険の内容充実に不可避的に伴う財政規模の拡大に関して，SPD と FDP は鋭く対立している。土田氏は，この点に立ち入らず，FDP はメルケル（Angela Dorothea Merkel）首班政権との連立協定において，「将来の要介護状態に備えて個人が介護費用を積み立てる付加的制度の創設」で一致を見たとの言及にとどめる。また，SPD の保健大臣時代に基本的な作業が完了していた新しい要介護像の導入を FDP がご破算にして，もう一度策定し直す事態を前にしても，認知症への対応は改善が「着実に進行している」との立場をとる<sup>4)</sup>。さらに，部分保障の介護保険だから，両改革は

<sup>2)</sup> SPD-Bundestagsfraktion, 2012.

<sup>3)</sup> Bundesministerium für Gesundheit, 2012.

<sup>4)</sup> 土田，2012年，6，8 ページ。

社会扶助にも影響するはずであるが、この局面への考察関心は見られない。彼がもっぱら重きを置く価値基準は、ドイツ社会において見いだされる人口生態学的、医療生態的な局面である。これは、両改革を生み出した契機を、「増え続ける認知症の高齢者に対する対応が不十分ではないかという声」に求める態度にはっきりと現われている<sup>5)</sup>。

(ii)

ドイツ介護保険は、一方において部分保障の保険であり、他方で給付の選択肢に金銭給付を組み込んでいるため、制度間の濃密な関連および多様なサービス利用形態は、制度内在的な性格となっている。このため、ドイツの社会規範を組み込んだ政策運営まで射程を延さない場合でも、介護政策や介護サービスの全体像を検討対象に据えれば、諸制度の相互関連、運営面での絡み合いは無視できない。この複雑な保険編成を相手に、厚生官僚出身の田中耕太郎氏は政策目的が内包する制度関連に、ジャーナリストの斎藤義彦氏は介護サービスの利用の全体像に検討重心を据える。

状況が異なる介護現場を取材する斎藤氏が強く惹かれるのは、違った環境下で支援・介護サービスを利用する認知症者の多様な実態と、現行の介護保険が抱える限定的な機能の乖離である。その調査から導かれるのは、日常行動における障害の程度に特化した要介護認定の見直し、さらに部分保障を超える要介護ケースの受け皿となっている社会扶助（ここでは高齢者向け介護扶助）に対する問題関心の高まりである。まずは SPD の保健大臣下で準備はほぼ完了したも

のの FDP が受容しなかった新しい要介護像から検討しよう。

斎藤義彦氏は土田レポートよりも少し早く出版した著書の 2 つの章を割いて、新しい要介護像の取り組みをたんねんに吟味する。簡略に、SPD の保健大臣期における準備の経過をたどれば、2006 年 10 月に設置された諮問委員会の下で、①要介護像とその判定に関する国内外からの情報収集、②要介護像の形成、判定手法の開発、③実験と検証という 3 段階の作業工程を経て、2009 年 1 月に報告書がまとめられた。さらに、財政的な影響や実施方法に関するシミュレーションをも行って、同年 5 月に実施報告書を発表している<sup>6)</sup>。FDP はこの提案されたモデルをいったん白紙に戻してみたものの、その全面改造はかどっていない。2012 年改革が導入した種々の介護サービス充実策は、新要介護像の抜本的見直しを先送りした事態への対応にすぎず、いずれも暫定措置となっている。

斎藤氏は、特定行動を対象に「何ができないか」を時間基準で測るやり方から、想定上の自立的な生活を設定し生活が喪失した度合いを測定する方式への方向転換を高く評価する。制度創設時に定められた判定基準にあっては、身体介護、栄養補給、移動、家事援助（ただし、数値化はされていない）の 4 分野にわたる 21 の動作に要する時間を測っている。それが新モデルでは、移動、認識やコミュニケーション能力、行動や精神的な問題の状況、自分の世話ができて、病気や治療の負担に取り組む、社会との触れあいまで含めた日常生活、さらに家の外の活動、家政をこなす等を含めた 8 分野に拡大され、

<sup>5)</sup> 土田、2012 年、1 ページ。

<sup>6)</sup> 斎藤義彦、2012 年、128 ページ。



分野ごとに5～16項目の点検要素を調べる方式になる<sup>7)</sup>。

要介護像に組み込む対象を増やしパレットを大きくすれば、狭く限定されていた認定のフレーム拡大を意味する。それは、対象者の拡大、そして支出増に直結する。しかるに、このコース提起が強い政治的反発を招くことを十分に承知している諮問委員会は、認定水準を操作して支出を増大させない4つのシナリオを提示して、どれを選択するかは政治に任せた<sup>8)</sup>。しかるに、FDPはその提案を否定し、要介護像をもう一度根本的に見直す新たな審議会を立ち上げ、新認定基準の導入を事実上、先送りしてしまったわけである。

FDPが導入拒否した理由の1つは、諮問委員会の案では多額の資金を要する点だとされる。これに関して、制度設計に携わった委員の一人は、4つのシナリオのどれであれ、保険料を最大で0.33パーセントポイント引き上げれば賄えると指摘している<sup>9)</sup>。その後の立法展開を追えば、2012年改革は介護保険料を最終的に0.1パーセントポイントしか引き上げなかった半面で、公的年金の保険料については当初想定0.3ではなく、0.7パーセントポイント引き下げた。これは介護保険への資金投入の観点からは、投入余地の拡大を意味している。それゆえ、拒否の理由は資金負担の重圧ではなく、別な介護保険戦略の固執にあると判断してよい。もっとも、この点をめぐっては、SPD大臣期の諮問委員会は特定の価値判断を保持していた。というのは、自立的な日常生活の想定というより包摂的

な基準を採用して、広汎な人々を保険に受け入れようとするものの、要介護度に関していえば、認定水準の引き下げはいっさい論議していない。つまり、論議は一定水準以上の要介護度を対象とする部分保障の保険という枠組み内で、人々の間に生じている不公平さの除去に限定されている。その諮問委員会の価値判断に対して、斎藤氏は厳しく批判していない。というのも、彼は介護保険に適合しない人々の受け皿となっている社会扶助を高く評価するからである。

提供サービスの手厚い社会扶助は、日本の生活保護と措置制度を合わせたものに近く、対象が介護扶助などいくつかの分野に分かれる。人生で困窮する事態に遭遇した者にとっての最後の受け皿・安全ネットという位置づけから、介護扶助の受付けの前に介護保険の申請が求められる。先述のごとく、介護保険は、日本の保険と較べれば明らかに認定基準が高く、給付水準が低い。それゆえ、社会扶助は、保険との接続水域にあるばかりか、少なくない重なりをも含んでいる。

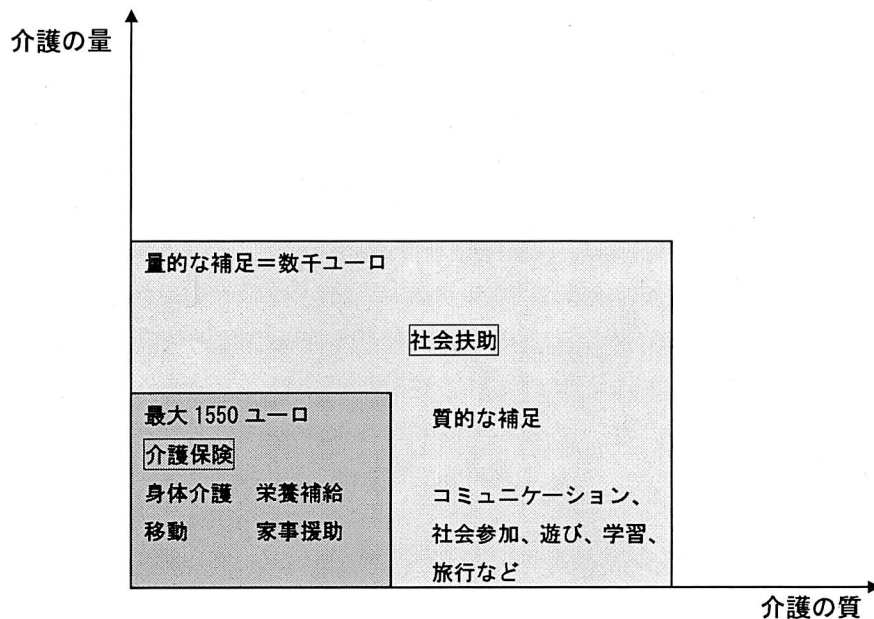
斎藤氏にあっては、介護扶助は適正と認められれば「介護保険の給付額を超えた介護サービスも量的にカバー」するのみならず、「質的にも介護保険の狭い給付範囲をカバーしている」という制度間の大小関係が重視される。そこを基準にした介護扶助と介護保険の関係は、「介護保険の給付を、社会扶助が『包み込む』様な制度のイメージ」として描かれる(図-2を参照)<sup>10)</sup>。けれども、介護の量と介護の質を座標軸にして社会扶助が介護保険を包み込むという構図は、

<sup>7)</sup> 斎藤, 2012年, 127ページ, 133～135ページ。

<sup>8)</sup> 斎藤, 2012年, 151～158ページ。

<sup>9)</sup> 斎藤, 2012年, 159ページ。

<sup>10)</sup> 斎藤, 2012年, 242ページ。



(出所) 斎藤義彦『ドイツと日本 「介護」の力と危機—介護保険制度改革とその挑戦—』ミネルヴァ書房、2012年、72ページ。

図-2 介護保険と社会扶助の関係の概念図

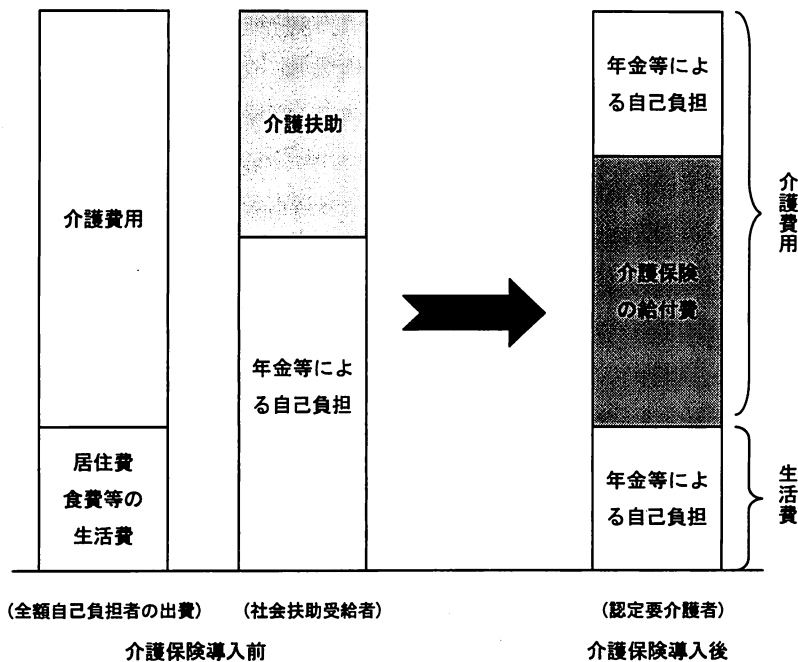
日本の介護保険の整理視角をそのまま投影したものと見える。そのため、ドイツ統一という歴史的な大事業の最中に、逆に、わざわざ社会扶助の大枠から小さな領域を切りとるにすぎない介護保険に追加負担を出すことが国民の高い支持を集めた理由は、彼の構図からは導き出せない。

ドイツの経済社会を支える一員として生涯を歩んできた勤労者が人生の最終段階で社会の落伍者という地位に落ちる事態は何としても回避したいと、国民が強く希望した。これこそまさに人間の尊厳を拡大する政策の内実である。いかえれば、生まれつき行動障害を抱えていたり、ある程度の自立性を喪失した人々をすべて介護保険が包摂することは当初から意図されていなかった。相互扶助の介護保険と国家権力に救われる社会扶助の相違に焦点を当てて、保険の役割を整理するのは、土田氏、斎藤氏と同じ

く参照論の立場に立つ田中耕太郎氏である。

田中氏は介護保険の創設前と導入後の社会扶助に見られる役割変動を吟味する。もともと介護に要する費用は全額本人が負担し、年金や資産の取り崩しでも費用を支払えなくなると、不足分を自治体が引き受ける仕組みであった。施設入所の期間が長くなるにつれて、大部分の人が年々増大するコストを賄えないために、扶助受給者の地位に転落していった。この事態を解消するための介護保険は、保険給付金と年金を合わせれば「通常の年金受給者等であれば負担できる」給付水準を制度設計の基本に据えた部分保障の保険として制度化されている。この部分保障のコンセプトを図示すれば図-3となる。

ドイツの介護保険が1996年～2008年の間、基本となる保険料を1.7パーセントに維持したことは、日本では一般に大きな成果と評価される。



(出所) 田中耕太郎「介護保険の財政」土田武史/田中耕太郎/府川哲夫編著『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』ミネルヴァ書房、2008年、130ページ、を一部加工。

図-3 部分保障の介護保険の概念図

けれども、一方で実際の介護料金の引き上げを容認しつつ、給付水準を据えおいて財政を安定させるやり方は、保険導入により一時的に大きく減少した扶助受給者を、再び増やさざるをえない。この事態を前にして、田中氏は介護扶助利用者の高い残存度と併せて、介護保険「導入の趣旨とその正統性が問われ」との見解を打ち出す<sup>11)</sup>。つまり、同じ参照枠論に立っていても、田中氏は保険導入の主要な目的が長期にわたり正規職で働いてきた勤労者を生活扶助の地位に落とさないという政策の意図をはっきり読み取っている。とはいえ、その彼もドイツ社会国家に特有の制度化された補完性原則およびその再編の動きと介護保険改革の関連にまで考察の射程を伸ばしていない。それらの分野の吟味

以前に、ドイツにおける主要な関係者の改革評価を検討する作業がまだ残っている。

### 3) ドイツの介護アクターたちの見解

#### (i)

立法政治の舞台を去ると、介護保険・介護サービスをめぐる主要なアクターは保険料の拠出者、給付受給者、介護金庫、サービス事業者、社会扶助に権限を有する自治体で構成される。これらのうち介護金庫（法的には独立した保険機関であるが、実際の運営は疾病金庫が兼務）、および事業者として過半のサービスを提供する6大民間福祉団体は、ドイツ社会国家のリスク対処構造において主要な位置を占めてきた。

介護保険が登場する以前のドイツでは、勤労

<sup>11)</sup> 田中、2008年、142ページ。

による自立が可能な（男性）労働者を主力にした集団による自助（社会保険）により、標準的なリスクを軽減する。その一方、6大民間福祉団体は社会保険から排除され日常生活の個々の局面で困っている人々に対して、社会扶助のサービスの担い手部隊として、さまざまな生活支援・ケアを提供するという役割分担が成立していた（中野智世「西欧福祉国家と宗教」）。介護保険の創設によりこの分担関係は崩れ、双方のアクターが同じ土俵に上がった競争する事態が生まれた。それから十数年を経た2つの介護保険改革において、直接には社会保険が、だが改めて両者の関係が問い直され批判されている。この事態を前にして、主要なアクターたちはいかなる主張を展開するのであろうか。

一般に人々の目に映る実体としてのドイツ社会国家を一言で表せば、想定される生活リスクに予め備える集団的自助としての社会保険、および生涯で（突発的に）困った事態に遭遇した際に親身に世話を焼いてくれる民間福祉団体で代表されよう。この時、補完性原則がドイツに特有の仕組みだとされるのは社会保険が歴史的にみて早い段階で採用されたからではない。ドイツの社会保険の特徴とは、国家の関与を極力排除して、関係者による団体自治によって運営される仕組みにある。その一方、自治体が管轄する、つまりは国家権力に庇護される社会扶助にあっては、役所の職員でなく民間福祉団体のメンバーが現場でサービス受給者との接触の前面に立つ。そして、公権力としての自治体は、

民間福祉団体の活動を優先させ、彼らの活動を支援することが法律で規定されている（制度化された補完性原則）。とりわけ宗派の下に組織された民間福祉団体は、キリスト教信仰の重要な教えとしての慈悲の心で接する。その対等な目線での親身なサービスは、困難な境遇におかれた人々の生活再生に向けた自発心の喚起に有効だとされてきた。この民間福祉団体は介護保険の創設により、社会保険と社会扶助の双方においてサービス提供の主力として登場する。とすれば、制度化された補完性原則は、新しい局面へと移行したわけである。

2008年と2012年の改革案に対して自己の見解を表明する団体は数多い。とはいえ、運営における官僚的態度の軽減、介護の質や情報公開の改善が改革項目に挙がっていることからして、介護金庫と民間福祉団体は直接の関係者にはかならない。それらの見解吟味に際して、対象となる団体の性格や活動環境の確認は、最小限の予備的な作業といえよう。ドイツの場合、社会保険は労働組合（そして SPD）の影響を受けており、6大民間福祉団体は、大部分が特定の宗教宗派、政治信条に基づいて組織されているうえに、カリタス連合はキリスト教を名称に採り入れている2つの保守党（キリスト教民主同盟、キリスト教社会同盟）との関係も深い。その中で、多種類の中小規模の福祉団体が寄り集まっている無宗派民間福祉団体（Der Paritätische Wohlfahrtsverband）は、特定の宗派・政治信条に偏らない活動を理念にかかげていて、むしろ例外的な団体である<sup>12)</sup>。

<sup>12)</sup> それ以外の5つの団体は、カトリックのドイツカリタス連合、プロテスタントのドイツ福音教会ディアコニー事業団、ドイツ赤十字、SPD系の労働者福祉事業団、ドイツユダヤ中央福祉事業団である。無宗派民間福祉団体を含めた6者は連邦・州・自治体レベルでそれぞれ代表者連合の組織を形成しており、連邦レベルでは民間福祉頂上団体（Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege）の名称を用いている。

介護保険は、ドイツの充実した社会保障が企業活動の重しとなっており、これ以上に負担を上昇させれば企業の新規立地の妨げになるとの見方が政党横断的な認識となる時期に、しかも眼前で東西ドイツ統合事業が進展しはじめた時期に、立法化のプロセスを開始した。そこから、できるだけ小さな保険づくりの一環として、社会保険を代表する組織である疾病金庫が管理の実務を兼任している。それゆえ、疾病金庫の代表者の発言が介護金庫の見解となる。ここで見落せないのは、疾病金庫の分野において1992年以降に金庫間の競争促進策が著しく強化された事態である。というのも、介護金庫の分野では逆に金庫間の連携・協調が次第に強く求められてきたからである。組織実態として1つの金庫が逆方向の経営を首尾よく果たせるのが問われる。疾病金庫は、加入者の保険料を介護保険と合わせて徴収する。また、受給者に金銭給付をしたり、事業者からの提供サービス請求を支払う業務みならず、種々の運営管理にも携わっている。疾病金庫が設置した常設の疾病鑑定医師団（MDK）に要介護認定の業務を委託しているのもその1つである。

この介護金庫の団体代表者による2012年改革案への見解メモがインターネット上に掲載されている。発言9項目のうち改革内容を具体的に取り上げるのは7項目である。その見解からは保険管理者の立場を明瞭に読み取れるばかりか、管理業務のあり方や資金・費用の実情の一端をもつかめる。

改革案を全体としてみれば、認知症の受給者に対する給付改善は評価できるものの、本人の症状改善に向けた専門的な対応策は見えない。個別の給付改善を除けば、懸案となっている要介護像の抜本見直しは期限を切らない形で先延

しされた。保険財政の安定運営に関して、再度の保険料の引き上げは近々2～3年分の経費増大に対処したにすぎず、その後に見込まれる経費急増についてはまったく目途が立っていない。要するに、固定された保険料収入を前提とした従前の保険運営を転換させようとはするが、継続的な支出増大に対処する新たな全体像を提示していないのだから改革の名には値しないと、辛い評価である。

個別的な事項をめぐる意見では、運営実態と改革案の絡みが具体的に語られる。自分たちの運営管理に対する強い批判を含む改革案に対して、管理実務の側からみて弱点や問題点が多いと反論する。第1に、MDKによる介護の質の検査であるが、国家機関によるホーム査察とは実施のスタイル・基準が違うにもかかわらず、それ無視して負担面から双方の検査を調整させようとするが、それでは検査の効果は発揮されない。第2に、認定申請・決定・苦情処理といった一連の事務処理に関する新方式の導入は、財政に追加負担を生むだけで保険加入者には何のメリットもない。何よりも2008年改革以後に申請の処理期間を大幅に短縮してきた実績を無視している（自宅での介護ケースだと36.9日が23.8日に、施設介護の場合には30.4日が16.4日に）。第3に、改革案は2008年改革が認知症者の居住共同体に世話役を配置したのを受けて、自宅での介護にも世話役を導入する案になっている。だが既存の介護の質を確保する諸措置と合致しない世話役や住居形態が提案されていて、導入効果は未知数である。

彼の見解で注目されるのは、直接的な改革案の内容とは次元を異にする論点に言及していることである。このまま改革を進めていけば社会扶助の受給者をふたたび増大させるとの指摘で

ある。介護の質向上など介護環境面に対する投入人員の充実、まわりまわって介護サービスのコスト急増を招き、受給者の支払額に跳ね返る。受給者が負担能力に耐えられなくなると社会扶助を申請せざるをえない。冒頭でこの回路への危惧を表明する点に、ドイツの社会保険が歴史的に担ってきた役割、集団による自助でもって社会扶助への転落を防止する規範的理念の生身の代表者としての立場が明瞭に表れている<sup>13)</sup>。

(ii)

介護保険のもう一方の担い手である介護サービス事業者の場合、介護サービスの充実を望むのは共通でも、改革案の評価になると一致点は見いだしにくい。性格の異なる経営体にとって、施策・措置変更がもたらす作用は一般に同じでないからである。営利企業、非営利団体、公営事業体など経営形態の違いばかりか、一大勢力をなす 6 大民間福祉団体の内部でも、特定政党との結びつきの強弱などにより改革案に対する姿勢の違いは起きる。

その半面、サービス事業者は団体の本部と言えども介護現場に近いため、実施された改革措置の作用を具体的につかんでいる。改革案に対しても、この間の経験を踏まえて見解を打ち出せる立場にある。それゆえ、サービス事業者の改革見解を取り上げるに当たっては、団体の独自の価値観を了解したうえで、改革措置に対する観察者としての発言にできるだけ着目しよう。

6 大民間福祉団体は、制度改革に当たっては常に意見を聞かれる立場にあり、2012 年改革案についても積極的に発言をしている。6 大民間

表-2 6 大民間福祉団体の正規職員数(1996年)  
(単位:人)

ドイツ・カリタス連合 (DCV)	463,000
ディアコニー事業団 (DW)	400,000
無宗派民間福祉団体 (DPWV)	150,000
労働者社会福祉会 (AWO)	69,000
ドイツ赤十字 (DRK)	42,000
ユダヤ人中央福祉協会 (ZWS T)	1,000
合 計	1,125,000

(出所) 春見静子「ドイツ・カリタス連合体の研究 (VII)」『(長崎純心大学)カトリック社会福祉研究』9号, 2009年, 37ページ, を一部加工。

福祉団体を構成している各団体には大きな規模格差がある。少し古い正規職員数だけが一覧になった資料をとれば、カトリックとプロテスタントの両教会の下にある団体(カリタス連合、ディアコニー事業団)がずば抜けて大きな組織だと分かる(表-2)。ここからして、6 大民間福祉団体の見解は、参加団体の一致点をえるためにあまり鮮明な立場表明とはならないという制約と、それにもかかわらず、両宗派の立場が色濃く反映するという二重の制約を受けると推定される。

メンバーの一致する見解を対外的に表明する連邦レベルの頂上団体は、2012年5月の議会公聴会よりも早く2月時点で見解を出している。そこには、手続き規定や実務面に関係する修正条項に対する意見が次々と述べられている。制度の枠組みに関係するのは、唯一新しい要介護像への言及である。それを要約すれば、2009年に答申された新しい要介護像に沿った判定基準の導入は、社会の幅広いコンセンサスであった。しかるに、FDP はそれを一度白紙に戻したにとどまり、2012年の法案にそれに代わる判定基

<sup>13)</sup> Kiefer, Gernot, 2012.

準の工程表は示されず、その場しのぎの給付改善ばかりが目立つ、となる<sup>14)</sup>。

意見書からは、2009年の方式に世論の強い支持が存在したこと、それにもかかわらず、FDPは別な政策コンセプトに立脚した要介護像を描こうとして強引に白紙に戻したことが読み取れる。同時に、2つの宗教系団体の意向を反映する頂上団体の意見書は全体として、市場経済的な解決を指向するFDPの路線と距離をおく姿勢が出ている。とはいえ、頂上団体の見解からは、改革内容と介護サービスの現場の具体的な関係は見えにくい。

現場に出現する作用関連について発言するのは、旧東ドイツ地域を中心に活動を展開し無宗派民間福祉団体に加盟している国民の連帯(Volkssolidarität)である。傘下に1万カ所を上回る独立事業所を擁する無宗派民間福祉団体は、突出した2団体と較べると小さな規模であるものの、第3位の団体である。70を超える全国ネットの自助集団(Selbsthilfe)が加盟することく、この団体は、さまざまな分野で特定の困難を抱える弱者を支援する中小の福祉団体の集合体的な性格を備えている。東西ドイツ統合後に慎重な検討を重ねて加盟した国民の連帯は、統合以前には、社会主義・東ドイツを代表する社会福祉団体であった<sup>15)</sup>。

国民の連帯の基本的な立場を最初に述べれば、個々人の責任を強調し所得の高い人を優遇する民間保険への加入助成には反対であって、社会

連帯を強める内容の保険料引き上げ方式を支持する。また、要介護像の再度の見直しが進捗していない点をも批判する。これらは、頂上団体や無宗派民間福祉団体と同じである。つぎに、法案に盛られている個別項目に関しては、多くが介護実態の改善にとって大事なポイントだと認めつつ、いずれも掲げた部分目標を追求する裏付けや実践的な態勢を欠き、絵に描いた餅に終わる危険が高いとの立場である。国民の連帯の見解には、職業生活と自宅介護の両立促進策における不十分さに対する批判など他の団体と重なる意見も少なくないが、独自性のある見解部分に着目しよう。

自宅にいる認知症者の介護は緊急を要するだけでなく、最大のサービス需要がある部門であり、要介護度0まで広げての給付改善は望ましい。とはいえ、実際には受給要件に制約が多い点を顧慮すれば、現在サービスを受けている人々に現行の水準を保証する措置が欠かせない。自宅での世話役サービスの導入も望ましいが、その担い手確保という難問を放置している。ドイツでも条件の悪い介護サービス業界は人手不足が深刻である。その一方で、職業教育を受けた専門家に安定した職がない。この状況下で、職場を探す専門職の人と、現場での実務を通じてすでに認知症対応のスキルを身に着けている人々の間で深刻な競合状態を発生させる危険がある。さらに、介護職を魅力ある職業にする提案は、給与引き上げを伴わないかぎり、実効性のある

<sup>14)</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 2012, S.1.

<sup>15)</sup> 旧東ドイツを基盤に活動している国民の連帯は1945年に設立され、社会主義の時代には国を代表する福祉団体として活躍していた。ベルリンの壁崩壊後に組織は一度ガタガタになり、活動も極端に不振になる。だが、活動スタイルを全面的に西ドイツの福祉団体に合致させる大転換を遂げ、かつてと較べれば小さな規模ながら社会福祉サービスを提供している。このやや外野席的な位置にいる福祉団体の目に映った介護保険改革の作用を取り上げる。なお旧東ドイツ地域の社会福祉分野における統合前後からの活動については、Hammerschmidt, 2009, S.26-27, に簡潔な紹介が記されている。

ものにならない。

さらに、介護予防や要介護者へのリハビリテーション活動の提供は歓迎すべきだが、その費用を負担するのは年金金庫と疾病金庫である。連邦の予算額はあまりにも少額（2012年には1千万マルク）で、追加資金を投入しないかぎり、苦しい財政運営を強いられている両金庫は本気で取り組まない。リハビリテーション施設、介護の居住共同体など介護関連のインフラストラクチャー促進策を掲げはしても、国・自治体の助成がなければ急速な改善は見込めない。そのために、法案は2008年改革が導入・助成した介護支援拠点促進費の使い残し分を充てる計画だが、これではとても持続性のある助成とはいえない<sup>16)</sup>。これらの指摘によって、2012年改革は介護保険の現状の改善を要すべき問題点を的確に指摘しているものの、実効性のある改革にするには実施面の要件をあまり満たしていないことが分かる。

ところで、国民の連帯の上部団体である無宗派民間福祉団体は、同じく2012年改革案への見解において介護保険と社会扶助（介護扶助）の関連について興味ある立場を表明する。74ページにおよぶ態度表明の最後に近い部分で、2009年時点に224万人の介護保険受給者のうち、39万2,000人が介護扶助との併給の状態にある（しかも、107,650人は在宅介護だが併給の状態に陥っている）。この事実を前にしても、無宗派民間福祉団体は、介護金庫と違って、社会扶助との併給者の増大傾向そのものに危機感を募らせるわけではない。そうではなくて、介護金庫と自治体の社会福祉部門による官僚主義的な対応のために、併給が実現するまでには何カ月

も要する。その間に、受給予定者が死亡するリスクは高いのだから、決裁が下りなくても社会福祉の部局は認定前のサービス給付を認めるべきだと要求する。ここには、困難に遭遇した人々に対して機敏に、柔軟にサービスを提供してきた民間福祉団体としての役割がはっきり出ている<sup>17)</sup>。とはいえ、これら関係者の見解吟味でも、介護保険とも絡み合う新旧政策秩序のつばぜり合いは浮かび上がってこない。

### III 制度としての補完性原則の運用とドイツ型の新公共管理論

#### 1) 介護保険の二面的な性格と改革をめぐる秩序理念の対抗

##### (i)

ドイツの世論が社会国家に替わる福祉国家の術語を意識するようになるのは、自治体行政を変革する新誘導モデル論が行政の実務家を中心に爆発的に浸透していった1990年代のことである。この時、社会にはその言説のリーダーたちをひんばんに登場させる事態が存在していた。1つは市場経済適合的な新制度として期待された介護保険の立法化であり、もう1つは旧東ドイツを「合理的で進歩的な」西ドイツの社会秩序へ迅速に吸収するために、西側の州・自治体がパートナーとして持続的、全面的な組織支援を手がけたことである。白地のフィールドでは、支援する諸州・自治体の相互間で効果的な行政の様式・構築の進め方をめぐる大々的な競争が発生していた。

その一方、介護保険は、長いプロセスを経るとはいえ、強力で複雑な関係を固めてきている

<sup>16)</sup> Volkssolidarität Bundesverband e.V., 2012.

<sup>17)</sup> Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband, (PNG), 2012, S.71.



既存勢力のスクラムをかいぐって、新しい政策秩序を法律に持ち込まねばならなかった。終始、その立役者を演じたのは、キリスト教民主同盟 (CDU) の労働大臣ブリューム氏 (Norbert Blüm) であった。彼は巧みな交渉術で妥協と調整を繰り返し介護保険を創設した。2008年、2012年改革とは、それぞれ保健大臣を出した政党が微妙なバランスの上に成立している介護保険を、この間の運営経験をも踏まえ、自分たちの理念・戦略に照らしてよりシステム一体的な制度に再編しようとする試みにほかならない。

ドイツ介護保険は、眼前に東西ドイツ統合という国家的な大事業が展開する最中に制度創設に向けた取り組みが開始されている。それを法制度にまで導いたのは、責任倫理を貫いた CDU のブリューム氏であった。そこから、小さな社会保険、伝統的な政策秩序の保持という位置づけを見いだすのは容易であろう。多くの場合、その側面に目を奪われてブリューム氏は、2008年改革で主導権を発揮した SPD の保健大臣シュミット氏に比すれば、格段に大胆で革新的な手法を保険制度へ取り入れた事実が見落とされがちである。まず SPD の目でみれば、2008年改革は創設時の介護保険に対していかなる改革を手がけたことになるのだろうか。

シュミット氏が改革の重点項目として強調するのは、1. より高い給付、2. より良い相談、3. より多くの質の保証、の3点である<sup>18)</sup>。いずれも「より」を付しており、法律の名称のごとく当初の制度を継続的に発展させるのが目標

といえる。

第1の「より高い給付」は、より多くの財源を確保できなければ実現しえない。ドイツの介護保険は、2008年まで保険料を施設介護がスタートした1996年7月時から1.7パーセントに維持してきた（ただし、これ以前に連邦憲法裁判所の判決に基づいて、2004年から子供のいない人の保険料を0.25パーセントポイント引き上げている）。これを今回の改革で0.25ポイントだけ引き上げ、その収入増加を裏付けとして、認知症者への対策を中心として給付レベルを2012年までかけて段階的に引き上げた。

小さな介護保険を堅持するために保険料は議会の同意を得なければ上げられない硬い制度に作られている<sup>19)</sup>。2008年改革は、給付金額を定期的に見直す措置の組み入れと重ね合わせれば、創設時にはめ込まれた静態的な制度枠組みを動態化させる意向を打ち出した点で、画期的な変更といえる。とはいえ、「もはやこれ以上の社会保険料の上昇を許さず、むしろその縮減を図っていくというのが政治的な立場の違いを超えて、一種の社会的ドグマ化している」政治了解から逸脱しているわけではない<sup>20)</sup>。

介護保険の創設に際しては、民間企業の同意を取り付けるために勤労者が1日余計に働くことで決着させた（国民の休日を1日減らして出勤日とした）。2008年改革では、経済が上向き状態にあるとの理由で雇用保険料を0.9パーセントポイント引き下げた。さらに、2012年改革の場合は、支給開始年齢の引き上げと給付水準の引き下げを余儀なくされている公的年金の保

<sup>18)</sup> 斎藤、2012年、100ページ。

<sup>19)</sup> ドイツの制度がいかに一定水準の収入に対応した運営に徹する仕組みになっているかを、日本の制度と比較説明したものは、山田、1997年。

<sup>20)</sup> 田中、2008年、146ページ。

保険料を0.7パーセントポイント引き下げて(19.6→18.9パーセント)、介護保険料を0.1パーセントポイント引き上げる措置に踏み切っている。とはいえ、この社会保険の総負担枠内での調整方式がいつまでも継続できないことはだれの目にも明らかである。この点に関して、2012年改革は、連邦・州の財政投入により個人の自己決定を重視するという別な方向性を打ち出した。具体的にいえば、不足が見込まれる将来の介護保険給付をカバーするために、自由意思で追加的に民間の保険に加入する人に対して、所得税控除により補助金を与えることにした<sup>21)</sup>。

2008年までの保険料の据え置きは、当初の基金積み立て、高まる該当者の増大圧力を入り口で抑制する路線の堅持、個々の受給者への提供サービス量の削減という手段を用いてなんとか維持された。このサービス提供量の削減は、要介護度ごとの給付金額をずっと据え置く一方で、サービス事業者が合理的な費用増の根拠を提示して料金引き上げを定期的に認めさせる事態によって招来された。加えて、大半の認知症が事実上、排除されているとの当初から批判にも対応できずにきた。専門家の推計によれば、2009年に提出された新しい要介護像を認定基準として採用した際に発生する追加の資金需要は、2008年改革と2012年改革による保険料の引き上げ分(0.35パーセントポイント)を合算した規模に達する<sup>22)</sup>。SPDの路線からすれば、社会保険料内部での調整か介護保険料の単独引き上げにより新認定基準を導入する方向が選ばれることになるだろう。

改革による調達資金の改善は、使用局面で見れば給付水準の実質的な低下の回復、新しい認定領域の拡大、そして新規の措置導入という3方面に振り分けられる。このうち、増大する資金の大部分は、前述されたごとく前の2項目に投入され、制度運営の充実に回る資金は多くない。その少ない配分の主要な部分は、要介護認定および介護サービス事業所の立ち入り検査を担当する疾病鑑定医師団(MDK)の拡充に用いられた(より多くの質の保証)。保険創設の当初は、医療保険のための組織であったが、MDKは次第に介護保険の組織へと性格変化を引き起こしている。だが、それが要介護者にとってサービスの質の向上とどれだけ結びつくかは、別問題である。というのも、強化されたMDKによる立ち入り検査の主たる点検対象は、基準を満たすサービス種類の確保や施設の安全性などを記録された証拠により確認する作業である。つまり、管理業務を大幅に増やしはするが、親身なサービスに欠かせない現場の人手は実際に増えるわけではない。

2008年改革で注目されるのは、SPDの保健大臣が主導力を発揮した改革にもかかわらず、SPDの理念を構成する「集団による自助」・社会自治＝当事者となる社会勢力による自主的な問題解決を再導入しようとしなかったことである。介護保険は、国家権力を代表する連邦が制度運営の枠組みを決定し、実質的な社会自治を奪った最初の社会保険である。というのも、保険料、認定基準、給付対象、給付水準などを、いずれも連邦が全国一律に決定し、労働組合と

<sup>21)</sup> この方式は、すでに2001年の公的年金改革法により、自由意思で積み立て方式をとる民間保険に加入した人に対する所得税控除としてすでに採用されている手法である。当時の労働大臣の名をとって「リースター年金」と呼ばれる保険の契約者は、2011年時点で16百万人に上るとされる。

<sup>22)</sup> 斎藤、2012年、159ページに、所要コストに関する1つの推計として0.33パーセントポイントの数字が出ている。

使用者団体の代表が席を占める個々の介護金庫（現実には疾病金庫）の取締役会が決める事項ではなくなっているからである。それでは、社会の組織集団による問題解決の方向性をすべて放棄したのかといえ、そうではない。「より良い相談」の目玉である介護支援拠点（Pflegestützpunkt）には、その方向性が見られる。

(ii)

2008年改革は、保険資金の持続的な拡充への道を開かなかつたし、社会自治を再導入することもなかった。その点で大がかりな改革といえない半面、要介護者たちによる自由な決定に実効性をもたせる態勢が未整備だという欠陥の対処策を新たに採用した。介護政策に関係する諸組織・機関が結集して一カ所で介護関連の諸情報収集からケア・プランにまで対応するワンストップ相談所の開設である。

介護保険は、統一した基準で要介護状態を判定し、給付の種類・利用先を自己決定させることで介護を広く市民の一般テーマに転換させた。一方、要介護者やその家族に幅広い選択肢を与えはしたものの、実際に効果的な選択をするための情報を詳しく提供したり、ケアプラン作りを親身に手助けする仕組みは組み込んでこなかった。2008年改革は、この事態を打開するべく連邦の補助金でもって介護金庫と自治体が共同して運営する介護支援拠点の設置を促進した。とはいえ、制度に内在する欠陥の摘出とその事態

に対する対処策の適切な創出・投入は直結しない。既成の集団・組織を活用する改革措置が、いかに社会国家の運営態勢・慣行に受けとめられたのかを吟味する。

参照枠論の調査・研究者たちは、日本の介護政策が上記の課題を正面から受けとめているせいか、ドイツの介護支援拠点の吟味に熱意を示さない<sup>23)</sup>。ドイツの政策実態は、それぞれの組織利害や実効性に欠ける運用要件など多くの問題を抱えている。つまり、行動面で制約を抱える在宅介護の本人や家族の多くは、適切な支援を受けられない状況を改善できていない。介護支援拠点の浸透度合いから見ていこう。

政策の要点をまとめると、要介護申請の支援、在宅事業所や介護施設の紹介、各種給付の利用相談などを扱う介護支援拠点の相談員は、各人の要介護状態に見合ったケアプランをも作成するため、すべての相談が拠点一カ所で受けられる。連邦は拠点の国内普及のために一カ所当たり4万5,000ユーロの補助金を支給する。拠点の運営費は、介護金庫の負担割合を疾病金庫より高くするという枠組みの下で、共同負担となる。3年間で6千万ユーロを投入して1,200カ所の拠点設置を計画していた。その実績は計画値にまったく届いていない。計画期間が過ぎた2012年末でも、ドイツ全体で421カ所にとどまる。2011年6月時点で連邦の資金は1,550万ユーロが利用されたに過ぎない。

州ごとの設置状況をみるとバラバラである。

<sup>23)</sup> 例えば、広範囲にわたる取材を展開する斎藤氏は、著書において実際上ケアマネジメントを担っている成人後見制度の世話人（Betreuer）についても運用実例を含む大変詳しい調査を実施している。けれども介護支援拠点については、制度の趣旨と政策内容を半ページほど紹介するにとどまる（斎藤、2012年、119ページ）。実は、2008年改革の実務責任者が、この介護支援拠点は日本の在宅支援センターと地域包括支援センターを手本にして導入したと、明言している。したがって、拠点設置は両国の政策交流の成果という興味深い事例である（Knieps、2010年、8ページ）。

旧東ドイツの諸州は全般に少ないが、とりわけザクセン・アンハルト州は、設置そのものを拒否している。旧西ドイツ地域にあっても格差は大きく、人口1800万人弱のノルトライン・ヴェストファーレン州が90か所である一方、人口400万人のラインラント・プファルツ州は111カ所に達している。この普及状況は政治的な立場などの要因によるものと推測されるが、実際には、あまり利用されないという理由で閉鎖された事例が2009年末時点という早い段階にいくつか発生していた<sup>24)</sup>。

6大民間福祉団体の傘下にあるものの観察者の位置に近い国民の連帯は、2012年の介護保険改革案に対する見解表明のなかで拠点設置に伴う問題点を鋭く指摘している。まず、2012年法案の介護基盤整備の課題が介護支援拠点と密接に結びつけられている。拠点開設促進費の使い残し分を介護全体の基盤拡充にふり向ける方針は、FDPが介護支援拠点の更なる普及に取り組む意思をもたないことの表明にほかならない。

国民の連帯によれば、2008年改革の目玉である拠点導入は、州ごとに著しい普及度の格差を生起させただけではない。数多く設立された州でも、もっぱら都市の中心部にある介護金庫の建物に、介護支援拠点の看板を掲げただけのが少なくない（実は、個々の疾病金庫には加入者数に応じて介護金庫から事務委託費が支払われる。つまり、実際の運営経費を節約すればするほど、疾病金庫は付加収入を手にすることができる……補足説明）。非都市域には、人口3万人当たり1カ所という基準を大きく下回っているケースが一般的である。決定的な弱点と

して、拠点での相談がそれを本当に必要としている人々やグループにしばしば届いていないことだと、手厳しい。もっとも、いくつかの弱点を抱えていても、介護支援拠点を存続させる意義は、運営の実質的な責任者である疾病保険金庫の頂上団体が出した2011年6月の報告書においても確認済みだと、述べる<sup>25)</sup>。当然、国民の連帯も条件つきではあれ、存続に賛成である。つぎに、もっとも設置率が高いラインラント・プファルツ州の地方中核都市・スパイヤー市(Speyer)における具体的な事例を取り上げよう。

この州の介護支援拠点の普及度が高いのは、すでに介護保険スタート時から相談員配置に対して州補助金を支給してきており、相談所運営の経験を積んでいたからである。人口5万人のスパイヤー市にあっても、2つの組織が州の制度を利用した相談員を置いてきた。その2組織は、現在、介護支援拠点をも兼務している。1つは民間の在宅介護支援センター（在宅支援センター Lutz）であり、もう1つは幅広く在宅サービスを提供する全キリスト教徒社会福祉センターである。2011年8月23日に、民間拠点の経営者ルッツ氏に対してインタビューを行った。

制度の上では、この市の介護支援拠点は、州政府、市当局、12の介護金庫（ただし、この市における幹事役は農業介護金庫）と2つの介護組織が構成している共同機関である。とはいえ、それは連邦補助金の受け皿となるための組織で、共同機関においては拠点事業の活性化策でなく、もっぱら運用面における法律・諸規則上の留意点などが話し合われる。連邦の人件費補助は2

<sup>24)</sup> Online-Nachrichtenmagazin der Köln Nachrichten (2011年8月11日に閲覧)、Kölner Stadt-Anzeiger (2010年1月26日付)、Pflegestützpunkte-Online.deにおける2013年1月16日時点のデータ、を寄せ集めている。

<sup>25)</sup> Volkssolidarität Bundesverband e.V., 2012. 介護支援拠点についての説明は、S.9～10。

拠点併せて1.5人分がつく。期間は5年間で、支給総額の8割が助成である（州政府は、現在も従前からの補助金を1相談所につき1人分継続している。）

拠点構想の目玉は、分野の異なる専門家たちが集まる拠点において訪問者の相談をワンストップで解決する手法である。また、相談員にはソーシャルワーカー（Sozialarbeiter）または社会福祉士（Sozialpädagogen）の資格ばかりか、介護の知識、ソーシャルワーカーの知識、ケースマネジメントの経験と多面的な実務能力まで求められる。だが、中立的な立場の各種の専門家が一カ所に集まり、相談にくる全ての人々に遅滞なく回答を与えることが、果たして実行可能であろうか。この疑問に対して、一カ所に専門家を集めるメリットはなく、相談員自身が各種の専門能力を備えていることも必ずしも必要ない。連絡してくる相談者はたいてい具体的な問題を抱えている。実務の面では、その訴えの内容を的確に理解し、適切に対処できる部署を見つけだし、そこへ仲介する活動が中心だとの答えが、Lutz氏から返ってきた。

政策実務としてみた介護支援拠点は、相談実情とかけ離れた制度構想と別に、実効性を伴わない運営要件がいくつか付されている。まず人口3万人単位で拠点を配置すれば、どこでも相談員の配置は1～2人が一般的で、複数の専門家の配置は非現実的である。また、連邦補助金の受給要件として拠点の中立性が重視され、相談員のために別の部屋、電話接続などが用意されなければならない（目に見える形態での既存組織からの分離）。だが、それでも中立性を確保できない最大の要件は、人件費総額の8割と

いう助成の割合にある。残りの2割は自己のサービス事業の収益で負担するほかはない。とすれば、安定経営のために、より多くの相談者を自己の事業に結びつけるインセンティブを排除できない。この事業所の2010年の活動実績としては、各種の相談を含む総件数が282件で、そのうち介護情報を提供した件数は254件であった。けれども、受けた個別相談のうち、どれだけを自己の事業と結びつけたかは調査できない。特定個人の情報を第三者が外からのぞくことは個人情報保護法に違反するからである。

この州の拠点の場合、制度および運営上の弱点・欠点と別に、従前からの相談所経験があるために目的・手段関係における難点がより鮮明になる。同行したスパイヤー市の社会福祉部長もその点に気付いている。彼女によれば、介護支援拠点は設置されても、従前の活動から飛躍して市民の誰からも知られた「駆け込み寺」といえるほど目立つ存在になったかと問えば、成れていない。この発言に、拠点コンセプトの果たしうる限界がはっきりと表明されている<sup>26)</sup>。拠点コンセプトの基礎には、合理的な組織を設置し、専門家集団が現場で適切に対応する方式を導入しさえすれば、放置されている要介護の人々の状況は一新するとの脈絡理念が横たわっている。そこには、新誘導モデル論との構想上の重なりが取り出せる。けれども、実際に放置されている人々と出会わないかぎり、いかに総合的な拠点であろうと支援の手を差しのべようがない。つまり、事務所にじっと座っていてもドラスティックな新展開は起らない。運営実態は深刻な限界を抱えていても、新しい政策・組織管理によって自治体行政や社会福祉の分野に

<sup>26)</sup> 2011年8月23日における Speyer 市および介護支援拠点・Lutz での現地調査。

新次元が切り拓けるとする新誘導モデル論は、この間、実務に近い行政専門家の心をとらえ続けてきた。

## 2) 政策実務をめぐる補完性原則と新誘導モデル論

### (i)

CDU のブリューム氏の手によって創設された介護保険は、複雑なプロセスを経た結果、旧政策秩序観と新しい組織管理観の合成物として編まれた。一方には、社会保険および自分たちの強力な支持基盤でもある 6 大民間福祉団体という既存の社会的勢力を制度に組み込みつつ、他方で、革新的な運営スタイルを取り入れた。新しいスタイルともっとも親和的な政策理念を掲げるのは政党でいえば FDP である。だが、直接的には当時、自治体の政策官僚を中心にして、政党横断的な浸透ぶりを示した新誘導モデル論の強い影響があった。

非経済部門の管理の現代化を企図する新誘導モデル論は、政治・行政の結びつき方をも対象にして自治体の経営・管理構造を編成し直す大々的な組織改革を提唱する。自治体のあり方を全面的に転換する包括的な改革からすれば、社会福祉は 1 部門にすぎない。ところが、逆に、社会福祉の行政部門には他の部門よりも新誘導モデル論の実践へと駆り立てる課題が存在した。いわゆる制度化された補完性原則である。専門の行政官僚の目には、新誘導モデル論は長年にわたり受け身の行政が構造化されてきた社会福祉部門の足かせを打破する格好の理論に映った。なにより、介護保険の創設が従前の関係を変革する現実の突破口に見えた。自己業務の放出が

逆に行政の主導性獲得につながるという脈絡が取りだされねばならない。

介護保険に含まれる社会福祉政策秩序の併存状況の検討からはじめよう。旧政策秩序の温存という観点でいえば、疾病金庫が兼務する介護保険の創設は、保守党 (CDU/CSU) の強力な支持基盤が担っていた社会扶助としての高齢者介護を、SPD との結びつきの強い労働組合の側に引き渡すことを意味する。その半面で、保険事業の上で民間事業者と対等な競争関係におかれたとはいえ、行政の政策決定への関与や介護基盤整備の面などで依然として 6 大民間福祉団体に対する優遇策が温存されている<sup>27)</sup>。なによりも、社会保険、民間福祉団体を制度運営の主軸から外していないことが戦後ドイツの社会政策の基調である団体統合主義 (Korporatismus) の踏襲といえる。

その一方、新しい組織管理手法の観点に立てば、経営・管理面における社会自治の多くは奪い取られ、連邦政府の手に移されている。項目を列挙すれば、全国一律の保険料設定、要介護認定基準、統一した給付水準・内容、受給者による給付種類・サービスの自己決定、より市場経済に近いサービス提供構造の開拓などなど、である。全体としての高齢者介護政策には、サービス事業者への立ち入り検査、成人後見制度の世話人による介護サービス仲介、サービス料金の同意制度など、一般の市場経済とは異なる仕組みも組み込まれてはいるが、介護保険によってともかく準市場経済がもたらされた。

保険導入前には民間福祉団体であれ自治体であれ、基本的に組織の側から一方的に与えられ

<sup>27)</sup> 坪郷, 2000年, 7 ページ。

るサービスであった介護は、受給者の側に自由な選択の余地が大きく広がった<sup>28)</sup>。それと同時に、これらの諸変化は、6大民間福祉団体の地位変動に直結する。この運営上の方式変革は、当時、想定を超えるスピードで進展した東西ドイツの統合事業、西側地域における自治体財政の窮迫といった客観的な事情からは必ずしも出てこない。自治体の実務官僚を巻き込んで展開された行政・非営利団体の組織管理を現代化する改革運動を抜きにしては説明できない。

改革運動の拠り所となった新誘導モデル論は、標準モデルを取りだせない。口火となったのは、1990年前後に管理マネジメントの自治体共同機構（2005年に改称した後の名称）が発表したモデルひな型であるものの、その機構はモデルをつぎつぎと発展させてきたし、先進的な自治体から数多くの変種が登場しているからである。この実践的な管理の革新運動について、近年、相次いで集団研究が発表されている。入手しえた最新の書物『自治体社会福祉行政の現代化—改革圧力下の社会福祉労働？—』のなかに、活躍中の社会学者・ヴォールファート氏（Norbert Wohlfahrt）の論文が掲載されている。

ヴォールファート氏によれば、自治体を主たるフィールドと想定する新誘導モデル論は、広義の公共部門が下す決定のあり方の全面的な革新をめざす。そこには、自治体としての政治と行政の関係も変更される。また、自治体と民間福祉団体の間では従前型の関係を改め給付契約の遂行管理（契約マネジメント）を用いて、行政スタイルの革新を起点に外部組織の現代化を

も推進する。このための手法として持ち出されるのは、民間経営に倣って経済性を基準に据えた経営管理的な手法である。少し具体的にいえば、団体を目的適合的な組織に改変するために、有効性と効率、産出量指向へと誘導していく。目に見える成果（生産物）、目標合意を利用した誘導工夫（契約）、事後の検査基準、報告書作成、担当者の能力開発（動機づけ）などが、実践活動を牽引していく諸装置として重視される<sup>29)</sup>。

新誘導モデル論は、1990年代初めから燎原の火のごとき広がりを見せたと表現されたりするが、実際にどの程度の取り組みであったか。2005年春に行われた自治体アンケートによると、なんら改革活動をとらなかった割合がいちばん高いのは規模の小さな市町村（2万人以上）であるが、1割未満にとどまっている。他方、新誘導論の構想を全面的に取り入れようと試みた割合がもっとも高いのは特別市（郡の事務をも実施する都市）であるが、3割弱（27パーセント）にとどまる。また、採用された措置の割合が最も低いのは政治・行政間での契約である。これらの動向から、大部分の自治体は、実施可能と見られる部門を取捨選択して試みたといえる。さらに、それぞれの自治体が改革に着手し始めたピークは1994～97年であった<sup>30)</sup>。連邦国家の下で展開された自治体改革としては驚くほどの普及度合いだといえるが、運動内容がきわめて包括的なだけに何を検証の対象にするかは容易でない。事実、2008年には新誘導モデルの理解をめぐって、政治・行政学者のホルトカン

<sup>28)</sup> 介護保険の導入前の事例としては、疾病金庫において1991～1994年の間、重度の要介護者に介護給付が支給されていた。そこでは圧倒的に金銭給付が選ばれて事実上、受給者のサービス選択が行使されていた。田中、2000年、31～32ページ。

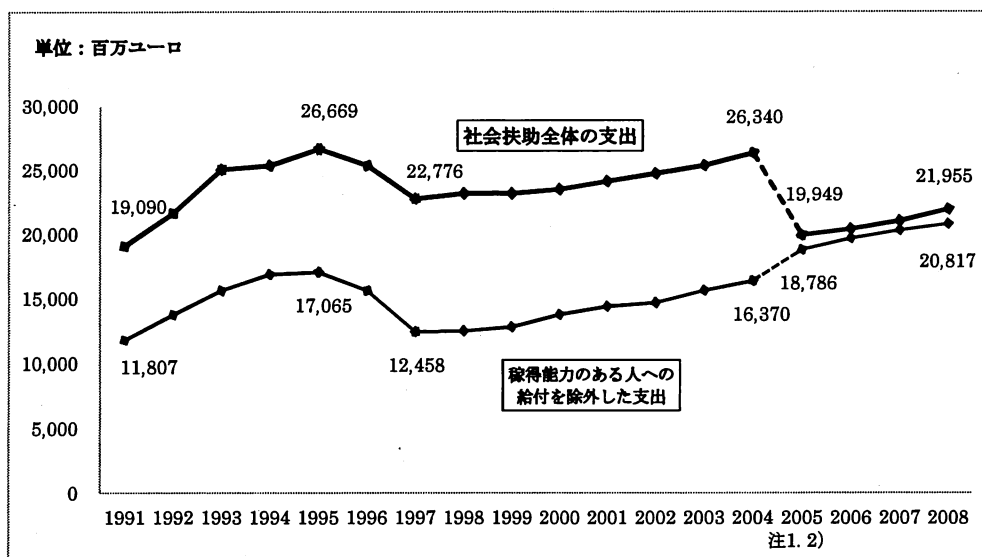
<sup>29)</sup> Wohlfahrt, 2012, S.127, 128. 新誘導モデル論については、武田、2003年、において詳しい検討がなされている。

<sup>30)</sup> Grohs, 2012, S.107.108.

プ氏 (Lars Holtkamp) と管理マネジメントの自治体共同機構の代表・バナー氏 (Gerhard Banner) の間で激しい論争が起きている。

ホルトキャンプ氏に言わせれば、新誘導モデル論は行政の現代化について経営経済的な術語を用いて種々の目新しい提案をするとはいえ、結局のところ、決定的な評価基準は資金の節約による財政健全化の達成度にならざるをえない。それを基準に据えて改革を検証すれば、改革は失敗だったと主張する<sup>31)</sup>。実際、本稿の検討対象である社会扶助を取り上げれば、1990年代に入って以降、介護保険の創設、難民受け入れ費の自治体予算からの分離措置、就労能力のある人々向け支出を連邦管理に移す措置などが相次いで採用されたにもかかわらず、自治体の社会扶助総額は減少傾向に転じていかない (図-4)。

これに対して、先頭に立って新誘導モデル論を発展させてきたバナー氏は厳しい語調で反論する。改革は成果が出るまでに当初の想定よりも長い期間を要している。組織内に根を張っている勢力との摩擦、彼らの抵抗が大きくて、推進する側に改革疲れが出ている。さらには、改革コンセプトが包括的であることも手伝って、コンセプトを全面实施した自治体はほとんど存在しないのが実情である。とはいえ、提案している改革を誤って理解したのでは、現代化の改革を適切に評価できようはずもない。財政の健全性回復など出来もしないことを中心目標に据えるはずもない。新誘導モデル論の主要目標はあくまでも行政官庁を外側にいる顧客に尽くす経済的なサービス事業体へと転換することである<sup>32)</sup>。



注1) 2004年までの特別な生活状態への援助は2005年から6種類に分化している。

注2) 2005年から稼働能力のある人への給付は連邦の管轄に移管されている。

(出所) Grell, Britta, Kommunale Fürsorgepolitik, in: Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.); Handbuch Kommunale Sozialpolitik, 2011, S.169を一部加工。

図-4 社会扶助の支出推移 (1991～2008年)

<sup>31)</sup> Holtkamp, 2008, S.426.

<sup>32)</sup> Banner, 2008, S.449, 450.



新誘導モデル論の特質としては、パナー氏の主張が的を得ているとしても、彼の反論からは、なぜ東西ドイツ統合という大事業の真ただ中にかくも大々的な改革運動が広がったのかを説明できない。ホルトキャンプ氏が強い関心を寄せるのはこの局面であるが、彼はかなり表面的な把握に終わっている。本稿にとって重要なのは、西側自治体の旧東ドイツへのパートナー的支援という運動の普及契機の側面ではなくて、社会福祉行政の側が6大民間福祉団体に抑え込まれてきた社会扶助の事務イニシアティブを自己の手に取り戻すチャンスと見て、改革運動に対して積極的に応答してきた事態である。これは、第二次大戦前から発生している社会扶助における二重態勢（die duale Struktur）をめぐる攻防にはかならない。とはいえ、外部観察者にとっては、市場経済に適合できない人々を対象にする社会扶助行政が、市場適合的なサービス事業を標榜するというアイロニーな展開と映る。

(ii)

中野智世氏によると、ドイツの現代史研究者が民間福祉団体に着目するのは1990年頃のことである（中野、2012年）。二重態勢はヴァイマル期に制度化がはじまっており、1961年の連邦扶助法が団体統合主義を社会国家の実体の1つとして法解釈・運用上でも定着させた経緯からすれば、これは奇妙の事態といえる。その一方で、社会福祉行政と6大民間福祉団体の関係を団体統合主義で片付ける通説は重大な弱点を含んでいる。その見方では、政策事務のイニシアティブをめぐる両者のつばぜり合いが見落とされる。それだけではなく、なぜ新誘導モデル論

がとりわけ社会福祉部門で大きな勢力をなすのかを説明できない。

歴史的にみれば、二重態勢は困難に遭遇した住民に対処する実務処理面で効果的な役割を果たした。しかしながら、ある時期以降になるとその仕組みは理念と運営実態が乖離し、逆に団体利害優先に陥っていく。新誘導モデル論は、自治体と住民の関係に立ち返って、その現状を打開する方向を含んでいたがゆえに、水を吸うごとくに浸透していく。とはいえ、その内容は、高齢者介護に引き付けていえば、介護サービスの特性、政策事務の区分を踏まえた運動論にまでは進まず、一般的な行政管理論にとどまるという限界を抱えてもいる。

政党政治の国にあっては、多くの場合、どの政策も推進する政党と支持基盤の間に密接な連携を見い出せる。二重態勢の始まりをなす1922年の帝国青少年福祉法、1924年の帝国保護義務令の成立に際しても、立法制定の裏には、カトリックの政党であった中央党（第二次大戦後のCDUにつながる）の労働大臣とカリタス連合の非公式折衝があったとされる。また、珍しく連立を組まない保守政権（CDU/CSU）の作った1961年連邦扶助法に対しては、SPDが首班となっている州や都市が連邦憲法裁判所に訴訟を起こした<sup>33)</sup>。

けれども、立法化の主役と支持基盤の連携のあり様が政策に求められる特質を決めるわけではない。サービス合理的な高齢者介護の政策発展を視座に据えると、土台となるのは介護のサービス特質である（サービス特質の詳しい検討は、山田誠編著、2005年、第1章、を参照）。介護

<sup>33)</sup> 中野、2012年(b)、218ページおよび Munder, 2000, S.67.

はサービス特質が医療と異なる。医療は健康体への復帰が目標であり、発症した一時的な異常を正常な状態に戻すための手段である。それに対して、介護は継続的な生活上の不便を緩和・軽減するために提供サービスの消費そのものが目的となり、需要されるサービスも多様な種類から構成される。さらにサービス受給は継続が前提で、死に至るまで続く確率も高い（この観念は時代をさかのぼるほど支配的であった）。これらの特質を顧慮すれば、介護は市場で購入される財のように、限られた資金に合わせて数多くのサービス・パレットから選択的に取り出されるポテンシャルが高い。もし介護の授受に何らかの公的制度を介在させる場合には、そのサービス特性ゆえに周囲の環境の取り込み方しだいで政策設計者には一定の自由度が生まれる。そこに、伝統的に自治体の救貧活動と深くかかわってきた民間福祉団体が能動的な役割を演じる客観的な基礎がある。

その一方、本来的に公権力領分に属する社会福祉の事務において、共同の事務遂行が制度化されるとは、国家の一部をなす公権力が存在するにもかかわらず、法律が民間の組織に実質的な決定権を容認することを意味する。標準化したリスクに対処する社会保険を除外していえば、困難に遭遇した人々に対する直接的な生活支援・ケアを提供する社会福祉の事務は、対象者の発見、適切な政策サービスへの仕分け・適格性の審査、必要な種類・量のサービス提供の3段階を包摂している。

この事務を自治体と民間組織が共同して遂行する場合には、それぞれが、各々の段階についてどれだけの決定権を発揮するかが事務のイニシアティブ問題として重要になる。公権力とし

ての自治体にとって事務のイニシアティブは、一方では予算案の編成権であり、他方では審査権および提供サービスの種類・量決定ということになる。もし予算編成権が対政治・経済的な制約や行政の自己規制のため十分に行使できない場合は、後者が実質的な鍵となる。民間福祉団体との事務イニシアティブをめぐる角逐で焦点となるのもこの審査権と種類・量の決定である。そして、正当性を有する公権力として説得力のある審査の判断基準は、申請者の収入（所得）あるいは財産である。そして、一般的に妥当とみられる生活水準、あるいは困難に対する処理力を満たせないと判断される場合は、不足分を公費によって埋め合わせることになる。

この事務構成を基準に据えと、ヴァイマル期の二重態勢は、民間福祉団体が自主的に実施する諸活動のうち規則で定めた国家の給付要件に合うサービス部分について、現場に近い自治体のコスト基準（原則は国家の作成した帝国保護義務令）に従って費用補填するという内容であった。したがって、対象者の発掘を民間福祉団体に全面依存し、そして必要なサービスを実際に団体が提供してはいても、後の2段階に関する制度的な事務イニシアティブは自治体側が保持したといえよう。それでも、財政的な裏付けを与えないまま新たな事務負担を押しつける中央政府のやり方に反発して、多くの都市が当時の主要な課題であった青少年福祉の義務付けに激しく抵抗している<sup>34)</sup>。

自治体と民間福祉団体の間における事務イニシアティブの局面を切り口にすると、1961年連邦扶助法は、事実上、その前から進行しつつあった事態—民間福祉団体が高齢者介護を含むサービス提供型の社会扶助における事務イニシアティ

<sup>34)</sup> Föcking, 2010, S.14, 15.

プを実質的に自治体から奪うこと一を法的に定着させたといえる。まず、ヴァイマル期に採用されていた費用補填は、すでに1954年の連邦行政裁判所の判決で、保護を必要とする当事者の側に請求権を認めると同時に、「人間の尊厳」（基本法の規定）にふさわしい公的保護の制度（経済発展に見合ったサービスの種類・量水準への変更を含む）を定めるよう求めていた<sup>35)</sup>。それによる給付水準の持続的な見直しは、連邦扶助法の制定前から始まっている。

連邦扶助法の新しさとして、民間福祉団体に対する活動支援が明記され、団体の施設が存在する場合に自治体が新たな施設を設置しないことを求めた規定などがしばしば注目される（補完性原則）。これらの規定は、法制定後に専門家間でも政治的にも大きな争点となり、SPDが首班となっている州や都市による連邦憲法裁判所への提訴を引き起こした条項であることからして重要である<sup>36)</sup>。しかしながら、事務イニ

シアティブから見れば、経済的な尺度による客観的な審査を事実上、止めたことと、現存する事業所が提供するサービスの費用補填だけでなく、各種の介護施設の新設・拡張を資金的に助成すべき規定を採用したことも同じ程度に重要である。公的資金を投入しての社会福祉施設の整備は、すでに1950年代から実施されていたのであるが、この規定の導入により、整備のスピードが著しく早まった。資料によれば、1960年代の施設建設は目覚ましいが、同時にそれに匹敵する施設の拡大は、もう一度、東西ドイツ統合の事業が進み、介護保険が創設された1990年代にも見られる（表－3）。

1960年代の整備ブームは、投入資金が著増しただけでは起こらない。当時は高度成長期が続き、年金の動態化など施策充実とも重なり、社会扶助の対象者は目に見えて減少していた。その時期に、連邦扶助法は高齢者扶助について従前の経済基準とは異なり、個々人が直面してい

表－3 6大民間福祉団体の高齢者福祉事業所数（1925－2004年）

（単位：カ所、人）

年	施設数 (在宅関係などを含む)	定員	職員数 (パートなどを含む)
1925	2,140	58,745	未調査
1961	2,271注1)	未調査	未調査
1970	6,416	335,462	49,970
1981	8,365	358,302	90,182
1990	9,584	418,252	138,734
2000	15,212	481,495	237,577
2004	15,796	517,788	367,303

注1) 養老院 (Altenheime) のみ

(出所) Hammerschmidt, Peter, Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial [hilfe-] politik, in; Aner, Kirsten/Karl, Ute(Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden, 2010, S.24.<sup>35)</sup> 田中, 1999年, 151ページ。<sup>36)</sup> Münder, 2000, S.67.

る具体的な困難と闘うための援助という条項（75条）を審査基準に盛り込んだ。それは、戦後の様々な事情によって大量に生み出された高齢者の孤立化を克服する策との位置づけである<sup>37)</sup>。ここから、経済的にはひどく困窮していても、周囲から孤立している高齢者を集団生活の場（介護施設など）に迎え入れる方策が導き出される。これら建設・拡充を促進する環境の後押しを受けて、建設・拡充の事業はどんどん前進できたわけである。半面で、これは自治体の客観的な審査基準を外すことを意味しており、それ以降は、当事者の申請をサポートする民間福祉団体の書類作成能力と社会心理面にまで踏み込んだ判断を下す自治体専門家のやり取りが中心となっていく（社会福祉の専門家主義）。

その後、1967年には宗教系の団体の活動は宗教上の正当な権利でもあり任務でもあるとして、他の4団体よりも優先的な地位を認める連邦憲法裁判所の判決が出ている<sup>38)</sup>。1970年代にはSPD 首班政権の下で自治体直営の介護施設が積極的に建設された。財政が悪化した1970年代末からは、デイサービスなどの在宅事業所、訪問看護・介護センター（Sozialstation）が大々的に拡大された。経済・社会の事情を反映して事業展開に変容はみられても、1990年ころまで事務イニシアティブに関する自治体の受動的な立場を変革する動きは起ってこない。この時期、法制度・事務運営の次元においては継続性が印象づけられる一方、その深部で双方の担い手の専門家化が着実に進行しており、それによる専門家層の形成は、管理の合理性を求める新誘導

モデル論が急速に受容されていく主体側の基盤となる。

### （iii）

新誘導モデル論は、制度に埋め込まれた団体統合主義を行政の現場から打開していく動きの理論的支柱として、社会福祉部門に大きな共鳴盤を産み出した。また、単なる流行の思想運動とは違い、旧東ドイツ（新設州）におけるより現代化された旧州型の公共部門の構築、および介護保険の創設という実践機会が広範囲に存在した。その半面、新誘導モデル論の主要な担い手は実務と関係のある専門家集団にとどまり、この間に活発化してきたセルフヘルプなどの市民参画型の活動と深く結びついた形跡は見られない。

新誘導モデル論の登場から20年ほど経過し、社会福祉政策や自治体政策の研究者たちの間で、この実務的な改革運動を総括する動きが表面化してきている。また、それ以前にも、行政現場にあってこの取り組みとかかわる人々が行政事務の実情を語っている。このため、このモデル論の検討では、政策秩序の観点から社会福祉部門の行政実務へのインパクトまでの広い範囲が取り上げられることになる。

介護保険は、軽度の要介護者を除外するし、部分保障の保険でもあるため、社会扶助に少ない要介護者が存在する（これ以外に、大半の認知症者も居る）。だが、介護保険と社会扶助の結びつきは、共通するサービスの併存状況にとどまらない。新誘導モデル論の観察者の目

<sup>37)</sup> Hammerschmidt, 2009, S.21,22.

<sup>38)</sup> 桜井, 2012年, 33ページ。

には、制度上では別の次元に足場のある両者だが、同一の秩序理論フレームワークに位置づけられると、ハマーシュミットらは明言する。ここに、介護保険の創設と行政管理構造の間に作用連動を強く期待する関係者の根拠が見えてくる<sup>39)</sup>。

ハマーシュミットらからみた新誘導モデル論の理論的な特徴は、「つぎつぎと対象者への給付を造りだし、それに要する資金を調達する社会国家から『規制する』社会国家への移行」を推進することにある。また、社会福祉政策でいえば、「『市場経済に背を向けた政策』から産業の『立地国』にふさわしい環境を『造り出す』ことで、『市場経済に沿った政策』への移行」をめざす路線ともいえる。そして、後者の路線は『市場経済と歩調を合わせた政策』でもって補われる」わけだが、まさにこの最後の立場が、社会保険の管理者や自治体にも求められていた。「介護保険の場合、最初の段階からこの立場の政策として、立案・準備されていた。」<sup>40)</sup>

それでは、『市場経済と歩調を合わせた政策』の一環として準備された介護保険が国民の間で好評を得てきたのは何故であろうか。新誘導モデル論の変革路線に共鳴する社会福祉計画登録団体のメンバーであるミュンダー氏は、つぎのごとく説明する。これまで民間福祉団体、国家、自治体は社会福祉分野において政策・事務のイニシアティブをめぐりお互いにつばぜり合いを演じてきた。けれども、外から見れば、それらは大組織が原則的に閉鎖的な世界で交渉し、取

り決めを結び、必要水準と想定した給付を算出するやり方であった（団体統合主義）。この方式の最大の欠点は、政策にとっての当事者が直接にも間接にも自分たちの意向を反映させる機会をもたない点にある。介護保険は、受給面に限定しているとはいえ、当事者に自己決定権を認めた。そこに人びとや世論が支持する根拠があると述べる<sup>41)</sup>。

もっとも介護保険導入前に、民間福祉団体はサービス受給者に優位な立場をとっただけではなく、自治体当局に対しても圧倒的に優位な位置にいた。この点を、同じく登録団体のメンバーであり、実際にミュンヘン市の社会福祉局に勤務するヴァインズ氏が語っている。両者の間では政策の構想や社会福祉の計画づくりに関しては協力が成り立つものの、資金配分の局面では、対立が本質的となる。しかも、この場面でのみ自治体は民間福祉団体に効果的に影響力を行使できる。経常的な運営費の資金配分は2通りである。1つ目は、伝統的な資金配分の手法であり、自治体と話し合って合意された運営事業について、合意に沿って実施し、終了後に事業の適切さを基準に検査を受ける。助成金は事前一括して100パーセントまで受けられる（通常は、一定の自己資金の投入を求められる）。あるいは、後から算出された赤字分に充当される。2つ目は、完全介護施設あるいは部分介護施設に対して用いられる。いわゆる報償金委員会が介護、日常の世話、食事作りなど人件費と関係する事項が中心となっているコスト単価一

<sup>39)</sup> その一方で、行政現場に携わる専門家からは、1967年の連邦憲法裁判所の判決から後、友好的で理性的な業務分割を求める補完性原則は連邦扶助法、青少年扶助法、さらには介護保険法までも貫徹しているとの発言もある（Weins, 1999, S.28.）。

<sup>40)</sup> Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane, 2012(a), S.15,16.

<sup>41)</sup> Münder, 2000, S.67, 68, 69.

覧表を作成する。その一覧表を基準にして施設の運営費に充てる資金が配分される。

この制度の本質的な弱点は、最初の時点で自動操縦が設定されてしまい、自治体はその後の運営プロセスに方向づけや関与を果たせないことである。この方式には、サービス提供の事業者に対するとも大きな信頼が組み込まれている<sup>42)</sup>。介護保険が導入されると、認定要介護者については事態が一変し、出現した「介護市場」でサービス事業者は選ばれる受け身の存在となる。一方の社会扶助の分野には何が起きたのであろうか。

高齢者の介護扶助は、1996年に介護保険と整合性のとれた介護の規定に全面的に改められ、1999年からは、青少年扶助法とともに、自治体と民間福祉団体との間で主要な給付指標、報酬の料率、経済性と質の保証に関する原則・基準などなどを明記した給付契約を結ぶことが義務付けられた<sup>43)</sup>。新誘導モデル論の想定した脈絡が現実のものになったわけである。したがって、バナー氏の主張—行政部門を経済的な管理組織に変革し、契約管理の手法を用いて顧客に尽くす経済的なサービス事業に転換する—を検証する行政環境は、少なくとも社会福祉の部門では整ったといえる。その後の改革取り組みによつ

て、新誘導モデル論のめざす変革は実現したのだろうか。ハマーシュミットらは、民間福祉団体は生産原価（完全）充足原則（Selbstkostendeckungsprinzip）を自治体に押しつけられなくなり、企業経営体を手本にして自己の組織を改造する方向に転換したと指摘する<sup>44)</sup>。そうした改造取組みが現れたとして、果たしてどの程度にサービス運営の実態を変革する効果を持ちえたのであろうか。さらに、管理変革の本丸である自治体側は、どうなったのか。この自治体にとっての効果を検証する人物の一人にグロス氏（Stephan Grohs）がいる。

青少年扶助の部門を検証した2010年出版の書物においてグロス氏が見出したのは、市町村社会の底流にある驚くほどの連続性、慣習固執の構造である<sup>45)</sup>。実際に、数多くの自治体行政が内部改革を試みて給付契約を結んだりしているが、それらの活動は改革の目標に照らせば、なお道半ばにとどまっている。というのは、契約の決定権限は議会の委員会から担当行政に移されたものの、契約先をすでに定着している民間福祉団体から変更する自治体は、いくつか数えるほどしかない。関係者は従前からの役割配分は適切だと認識しており、民間福祉団体と行政、地元有力者たちの絡み合いは実に強固である。

<sup>42)</sup> Weins, 1999, S.29, 30. なおミュンヘン市の職員である Weins 氏の論文より少し遡り、介護保険が導入されたばかりである1996年頃のミュンヘン市における高齢者介護の運営状況については、手塚和彰氏の詳しい観察が発表されている。手塚, 1996年, を参照。さらにいえば、6大民間福祉団体は、それぞれ連邦、州、自治体レベルからの活動に対する助成金の受け皿になっている。それがいかに巨額であるかについて、ヴァインズ氏が語っている。1999年より少し前、ミュンヘン市社会福祉部門の予算総額は約15億マルクであった。そのうちの1億7,500万マルクは6大民間福祉団体の活動を直接に支援する一括補助金として支給された。また、個別の業務との厳密な対応が確かめられない数千万マルクの資金が1日当たり基準で、完全および部分介護施設に提供されていた（Weins, 1999, S.32.）。この資金規模に団体統合主義の秩序構造的な強固さが表現されている。

<sup>43)</sup> Weins, 1999, S.35.

<sup>44)</sup> Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane, 2012(b), S.150.

<sup>45)</sup> Grohs, 2010, S.236.

つまり、社会福祉行政の革新は起らなかったとの結論である<sup>46)</sup>。

その彼は、2012年の論文になると、やや柔軟な見方を表明する。目標水準・実現水準の厳密な比較からは、新誘導モデル論が失敗だったと言わざるをえない。けれども、今日の行政は、以前のように法形式性や形式的な適法性だけで判断せず、費用や給付内容をも顧慮しているのは否定できない。また、以前と比べて明らかに市民指向、当事者の意向尊重になってきており、社会扶助や青少年扶助でもより専門合理的な事業構想を打ち出すようになっており、評価する<sup>47)</sup>。

結局のところ、新誘導モデル論の登場で大山鳴動があったとはいえ、社会扶助をめぐる事務イニシアティブを根本的転換するほどの変化は起きていない。つまり、このモデル論は自治体行政の実務家に受容はされても、市民参画型の活動や当該住民と積極的に結びつきはしないため、現実政治の内部にすでに構造化されている団体統合主義に決定的な風穴を開けるに至らなかったといえる。

#### IV 高齢者介護の多様性と6大民間福祉団体の変容

##### 1) 保険創設後の民間福祉団体と個別事業者としての経営戦略

福祉国家の術語が市民権を獲得してくるプロセスは、通常、人々がそれを受容するだけのみに見える変化を伴っている。その代表的な役回りを演じるのが制度化された補完性原則を産み

出した6大民間福祉団体だとすれば、それは歴史の皮肉な巡り合わせといえよう。

ドイツの社会保障を特徴づけるのは、国から自立した社会保険および民間福祉団体という存在であり、この両者は、もともと個人が遭遇するリスクへの対処の形態で見れば、標準化されたリスク向きのサービスと個別の未定型な要求に応えるサービスという対照性が取りだせる。今日の6大民間福祉団体は、専門化した社会福祉サービス事業の巨大組織であり、高齢者介護に着目すれば社会扶助と介護保険が生み出した「介護市場」の双方にまたがる存在となっている。

これらの事業者が標準仕様化された市場適合型のサービスでも、本来は柔軟な個別対応サービスでも優位を発揮することは、「団体統合主義」に依拠する活動構造のままで果たして可能であろうか。というのも、介護保険が給付そのものを自ら選択する認定要介護者を大量に登場させたことは間違いないからである。民間福祉団体は自分で選択できる機会を手にした要介護者に上手に対処しえたのであろうか。そして、もう半面の活動領域である社会保険から外れた人々に対する援助という伝統的な活動をも柔軟に遂行できているのかが問われる。

新誘導モデル論のコンセプトに従えば、介護保険の実施は何をもたらすか。介護サービスの競争市場が出現し、需要者の欲求に見合った市場合理的な料金が設定される。ここに参入した営利事業者は、それまで補完性原則に守られて自己に有利な寡占カルテルの構造にどっぷりつ

<sup>46)</sup> Grohs, 2010, S.237, 238, 239.

<sup>47)</sup> Grohs, 2012, S.122.

かってきた 6 大民間福祉団体が体質転換を遂げないかぎり、彼らを追い払って新しい介護市場の主役になる（実際、日本の介護保険の創設では、サービスが公定価格であったにもかかわらず、このシナリオに類似した事態が発生した）。導入後の現実展開はどうなったであろうか。

最近の社会福祉関連のサービス事業所を经营主体別に整理すれば表-4 となる。近年著しい設置増を示し、多くの人手が必要な幼稚園・保育園への営利企業の進出は少ない。大量の資金と高度な設備が要求される病院は公共の設立割合が高い半面、営利企業が 3 割を占めている。介護に関連する分野をとれば、独立した予防・リハビリテーションの事業所はもっとも新しい部門といえよう。営利企業の積極性が明瞭に表れていて、半分を超えている。そして注目されるのは、在宅介護事業所と特養タイプを中心とする介護施設の関係である。どちらも、公共の割合は極端に低い（補完性原則の貫徹）。営利企業は在宅介護で 6 割に達し、施設介護でもほぼ 4 割を占める（営利企業の施設介護には保険

創設以前に有料老人ホームであった施設が転換したケースを数多く含んでいる）。

ここには、確かに営利企業の積極的な進出が目立つ。その点では、新誘導モデル論の描くシナリオの方向が読み取れる。しかしながら、もともと 6 大民間福祉団体の主力は、とりわけ 1961 年に連邦扶助法が制定されて以降、施設介護にあった。この分野では、依然として事業所数で過半数を占めるだけではなく、それぞれの事業所が大規模な点をも顧慮すれば、施設介護の分野において代表的な地位を保持している。実際、この間もこの部門を中心に介護事業が拡大を続けているところか、介護保険が創設された（また、旧東ドイツ地域への事業進出期でもあった）1990 年代に大きな拡大のブームがあったことは、前出の表-3 に示されている。だが、その動向は、21 世紀に入っても持続しているのであろうか。

保険発足後の給付者動向を見ると、施設介護への驚くほどの集中が発生している。施設介護が給付事業となった 1996 年から 1999 年の間をと

表-4 经营主体別にみた社会福祉関連の事務所

分野	総数 (箇所)	公共 (%)	営利企業 (%)	民間福祉団体 (%)	調査年
在宅介護事業	11,529	1.70	59.90	38.50	2007
施設介護事業	11,029	5.80	39.20	55.10	2007
予防・リハビリ テーション事業	1,239	17.80	56.20	26.00	2008
病院	2,083	31.90	30.60	37.50	2008
そのうち：一般病院	1,781	32.10	30.20	37.80	
幼稚園・保育園	50,299	34.30	14.60	51.10	2009

(出所) Wohlfahrt, Norbert, Auswirkungen der Neuen Steuerungsmodelle auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse der Sozialen Arbeit, in; Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagobiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung—Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt 2012, S.143.



ると、当初は大部分の人が金銭給付を選択した。資料では、この期間に受給者は約28万人増加したけれども、その増加分の57パーセント（約16万人）に相当するだけの施設入所者の増加があった。その後、施設入所者の増加割合は傾向的に落ち着きをみせるものの、1999～2009年にも、受給者総数の増加分で測れば37パーセントに相当する人数（15万6千人）が施設に入所している（2009年時点での総数は約70万人）<sup>48)</sup>。施設より在宅を優先する介護保険の下で、多くの面で自由が制約され、しかも当初から食費・居住費が自己負担のため高価となる施設介護にこれほど多くの人が押し寄せるのは何故であろうか。経営体が施設を大改造し、居住環境を良くし生活の自由度を大幅に拡大したからである。とはいえ、民間福祉団体の大改造の前に、事業体の経営者層は数十年間の間に経験したことの無いほどの危機感に襲われていた。

社会保険への移行は、事業所側からすれば、該当者を受け入れてあげる立場から給付選択権をもつ認定要介護者に選ばれる立場への転換を意味する。この時、部分保障の保険にすぎないため、総コストが高くなる施設介護では必ず自己資金の持ち出しが必要となる。これらの原則は事前に頭に入っていた。いざ実際に給付がはじまってみると、予想を超えて人々は金銭給付を選択した（約8割）。そして、新たに参入した営利企業は、お役所風なサービスの提供をしてきた民間福祉団体をしり目に、週末にも相手に合わせてサービスを提供する<sup>49)</sup>。これらの事態の直接的な影響は施設介護事業所にただちに

波及した。私がインタビューしたケルン市営の大規模な施設の場合、1994年まで入所待ちのリストが2千件ほどあったのが、1995年に8百件に減り、施設介護の給付がはじまった直後の1996年夏にはさらに減る見込みであった。担当者からは、空きベッドをつくらない経営手腕が問われていると、不安顔での答えが返ってきた<sup>50)</sup>。

身近に危機が迫っているとの脅迫感に促された対応が施設の大々的な改造と生活空間を提供する事業体への変身であった。その思い切った転換の一端は、前出の民間福祉団体の事業所推移に見てとれる。1970年代の施設増加は、定員数があまり増えていないことから訪問看護・介護センターの設置が進んだためだと分かる。1990年代には6割近い施設数の増加が起きたにもかかわらず、定員では15パーセント増えたに過ぎない。それは、新設のみならず既存の施設も、3～4人部屋から個室ないし2人部屋への造り替え、そして部屋内部の改善（トイレ、シャワー、流しなどの設置）を大々的に展開した結果である。

それだけではない。職員数も目覚ましい増大ぶりである。これは後の時期になるほど顕著な傾向となる。2000～2004年、施設数も定員も1割未満しか増えていない期間に、職員数だけは5割超の著増を見ている（13万人増加）。これがどこで起きているかを探る資料は表－5である。主要な事業所は完全介護施設と訪問看護・介護センターであり、他の文献の記述によれば、そこではパートが大きく増えている<sup>51)</sup>。もっと

<sup>48)</sup> 医療経済研究機構、2011年、60ページ。

<sup>49)</sup> 新春座談会、2001年、30ページ。

<sup>50)</sup> 1996年8月、ケルン市営リーラーハイムでの現地調査。その時の様子は、1996年10月25日付「南日本新聞」に「ドイツの公的介護保険事情」として掲載。

<sup>51)</sup> 2000年代にはパートだけではなく、期限付き雇用も著増している（Wohlfahrt, 2012, S.145.）。

表-5 民間福祉団体の高齢者福祉事業所構成（2004年）

（単位：カ所，人）

	事務所数	定員	正規職員	パートなどの職員
総数	15,796	517,788	166,474	200,829
入所施設	6,961	456,475	137,027	146,865
その内:完全介護施設	2,736	206,939	69,982	75,705
在宅介護向け施設	3,553	61,313	2,587	7,157
支援センター・訪問介護	5,282	-	26,860	46,807
その内:訪問介護センター	2,870	-	25,338	43,034

（出所） Hammerschmidt, Peter, Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial [hilfe-] politik, in; Aner, Kirsten/Karl, Ute(Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden, 2010. S.25, を一部加工。

も、それを裏側から読むと、少なくとも2000年以前の民間福祉団体では、専門的スキルを身に付けた正規職員が主流であったことになる。

ここで注目されるのは、民間福祉団体のうちで最大組織のカリタス連合である。この団体の場合、2006年と2008年については組織全体の施設を記した資料がある。それによれば、高齢者福祉の部門において、施設数が少し減少して3,067事業所、定員数は1千人ほど増えて130,115人となっている。そして、職員数はほぼ同数の102,286人であるが、正規職員（31,730人）に対するパートなどの非常勤職員（70,556人）の割合が6大団体の全体と較べて格段に高くなっている。この非常勤への依存度の高さは意外の感がある。慈善団体としての知名度の高さにより、兵役を拒否して社会奉仕活動に従事する若者を1万人、ボランティア社会年という制度を利用する若者を3千人集めるほど、ドイツでは名の通った慈善団体だからである<sup>52)</sup>。

ところが、カリタス連合は、活動主体の実態面からみればずっと以前にキリスト教の教えに

従って慈善を実行する団体としての性格が極端に薄くなっていた。カリタスの社会福祉活動が自治体行政の社会福祉では太刀打ちできない実行力を発揮できたのは、地域に詳しい個人会員と専門的知識を身に付けた修道女・修道士がチームとなって地域を回り、問題を抱えた人々をいたる所で発見しケアしてきたからである。しかしながら、1950年には57,678人いて、職員総数の56.3パーセントを占めていた修道者は、1970年以降に目に見えて減少し、1996年には14,762人になってしまった。その一方でカリタス連合の組織は順調に拡大を遂げたため、職員に占める割合としてはわずか3.2パーセントにまで落ち込んでしまった。そして、修道者の手足となり、また対象者を適切に発掘するうえで欠かせない個人会員も、60万人超から約23万人にまで減少した<sup>53)</sup>。

かくて、慈善活動を前面に押し出せなくなったカリタス連合が介護保険の時代に生き残るには、どのような戦略があるのか。いくつかの選択肢から選ばれた1つは、居心地の良い、そし

<sup>52)</sup> 春見，2009年，38，39ページと，2011年，78ページ。

<sup>53)</sup> 春見，2004年，75ページ。

て細々した要求に応じられるだけの人員を配置した介護施設を作り上げることである。その実現には施設の改築面でも施設の運営面でも費用が掛かる。だが、高価になるサービスも具体的な裏付けがあれば、関係者との協議を経て料金表に計上できる。少し古いけれども、ケルン市で高い人気を博しているカリタス施設の実例を資料として掲げれば、表-6となる。この時、ケルン市内の介護関係の料金を見れば、身体介護に関して要介護度Ⅰは31.81～79.97ユーロ、要介護度Ⅱは44.53～83.97ユーロ、要介護度Ⅲは59.74～91.88ユーロまでの幅が見られた。身体介護の料金にも、要介護度ⅠとⅡでは施設間に2倍前後の格差が生み出されている。宿泊・生活費は、一カ所の例外を除けば23.03～29.91ユーロと想定したよりも狭い幅しか見いだせない。設備投資費用に関しては、予想されたごとく大きなばらつきが見られ、5.72～21.81ユーロ

ロまでの広がりが見られる<sup>54)</sup>。

この人気のある介護施設の料金を市内の料金一覧の幅と対比すると、身体介護のⅠとⅡではバラつきの中央値よりも低い水準にあり、決して高いとは言えない。それに対して、宿泊・生活費は中央値よりも高い。とりわけ、投資・設備費が高い水準にある。そして、1カ月当たりの総費用を当時の介護保険からの給付費（Ⅰで1,023、Ⅱで1,279、Ⅲで1,432ユーロ）と対比しよう。そうすれば、要介護Ⅰの人は1,618、要介護Ⅱの人は1,875、要介護Ⅲの人は2,255ユーロを自己負担できなければ入所できない。入所者の大半は高齢になっても長生きする女性たちである。彼女らの年金は男性よりも一段と低い。したがって、これだけの入所費用を払えるのは、かなり高給を取っていた男性の妻あるいは資産を所持する層が中心になる。それらの層の人々は大勢いるわけではない。したがって、人気

表-6 ケルン市における人気が集まる介護施設の料金表（2002年8月時点）

（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。				
		要介護度0	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ
料金表	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ヶ月当り計	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、園庭、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）山田誠「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」、『（鹿児島大学）経済学論集』58号、2002年、19ページ。

<sup>54)</sup> 山田、2002年、19ページ。また、在宅介護を例にとつての事業所の料金設定事例については、同18ページを参照。

高くても需要が一巡すると、次々に入所希望者が現れるわけではない。もちろん、料金リストが示すごとく、安いサービスを組み合わせる介護施設も存在する。そうではあっても、社会保険から外れるマージナルな人々に対する直接のケア提供を自らの使命してきたカリタス連合が、1世紀後に「介護市場」の上層を狙う経営戦略の事業体として発展する事態は、社会国家と称されてきた国家の実体を支えるメカニズムが考察関心の本稿にとって注目に値する。

## 2) 認知症者に対するケア提供と市民参画型の社会活動

2008年、2012年の介護保険改革とは何なのか。採用された改革内容は共通する項目が多いにもかかわらず、介護保険に何を、どこまで担わせるかをめぐる路線対立の一局面にすぎず、本格的な改革とはなっていない。介護保険は、高齢者介護が不運に遭遇した一部の人々に向けて提供される一方向的な「公的」サービスであったものを、一般の市民に向けて開放された多様なサービスの部門に転換させた。発足から十数年経て、SPD にせよ FDP にせよ、政治は静態的な枠組みを動態化することを認めている。だが、困難を抱えた弱者にどうサービスを届けるのかに関して、明確な方向を打ち出せていない。

カリタス連合に代表される民間福祉団体は、社会扶助の分野では依然として運営イニシアティブを保持しているのに対し、介護保険においては支払い能力のある人々の要求に応える方向に軸足を移してきた。その背後には、困難を抱える人々の発掘——機敏・柔軟な対処で自治体の追従を許さなかったかつての活動を精力的に遂

行できない現状および要求されるサービスの高度化がある。その一方、前者の機能弱体化をとらえて、地域財政主体によるイニシアティブ回復の好機にしようとするのが新誘導モデル論やSPDの路線にほかならない。しかしながら、それらの試みは、いずれも目覚ましい成果を挙げていない。むしろ、諸困難に柔軟に対応する方式としては、近年になるほど活発な動きを見せる市民参画型の取り組みが注目される。

1970年以降に、カリタス連合は地域に出かけての慈善活動の担い手であった修道者や個人会員を著しく減らしてきた。だが、それはカリタス連合だけでなく、民間福祉団体の全体、さらには教会や労働組合などを含む伝統的な中間組織に共通する現象であった。高橋英寿氏は、その原因について近代ドイツを支え、人々を生活空間において中間組織へと結集させてきた地区ミリューが解体したことに求める。そして、伝統的なミリューに替わって、「多元的共生」を探索する新しい現代ミリューが出現しつつあると説く<sup>55)</sup>。同じ現象に着目しつつもミリュー的な生活環境には深入りせず、1956～1998年の間に実施された継続性のあるアンケートに基づいて、人々の組織活動へのかかわり方の変化に着目するのはブレーメ氏 (Norbert Breme) である。

彼の分析によれば、ドイツ社会で起こっているのは伝統的な中間組織から新タイプの団体への移動である。地区ミリューの解体を受けて伝統的な中間組織から退出していったのは、低い学歴、相対的に低賃金に甘んじる現場作業に近い人々である。その一方、新タイプの団体に積

<sup>55)</sup> 高橋、1997年、207ページ。

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の人々だといえる。もっぱら高学歴の中間層が参加意欲を示すのは、対象となる活動が自己の関心と一致し、時間配分にも融通がききやすい活動であるだけでない。団体の意思形成への参画権も認められることが重要である。この種の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市民参画型の団体が形成される<sup>56)</sup>。

ここでの検討に見られるごとく、伝統的な中間組織と新しい市民参画型の団体は対照的に描かれるケースが多いようである。それでは、旧タイプの民間福祉団体は、新しい市民参画型の団体と接点を持たないのであろうか。6大団体のうちで職員数が3番目に多い無宗派民間福祉団体は、特定問題に対処するための中小の福祉団体や事業所が1万以上集まった集合体であり、少なくないセルフヘルプも加入している。これら時代の必要から生まれた多種多様な事業体は、それぞれ事態の改善に適した手法の構築に向けて試行錯誤を繰り返している。その1つの分野として、2つの介護保険改革がともに重視する認知症者のための居住共同体 (Senioren-Wohngemeinschaft) という方式がある。

ドイツでは、認知症対策はまだそれほど発展をみていない。医療分野におけるケア中心型のチーム医療は、最近始まったばかりである。現地で研修を受けて身体接触を重視するスウェーデンの手法を導入した数少ない病院の1つがケルン市内にある。カリタス経営の病院は、認知症者だけを対象にした一画を設けて、手厚いケアを実施している。かなりの確率で症状の改善

が見られる。しかしながら、認知症だけでは入院は認められず、主疾病の副次的な症状という位置づけになっている。また、原則2週間で治療を終えるシステムになっており、退院後のケアは用意されていない。手厚いケアが可能なのは、疾病金庫が先進的な手法の試行モデルとして特別の報酬方式を採用しているからである<sup>57)</sup>。それでは、入院できない認知症者には、どのようなケア体制が用意されるのか。高い評価を受けているのは、以前から学生などの間で広まっている居住共同体のスタイルを用いる手法である。

2009年7月に開設された“Medden em Levve”は、ケルン旧市街の大通りに面した横長な建物の2階と3階にそれぞれ定員10名の2つの居住共同体を開設する。この施設の運営原則は当人意志の最大限尊重である。出入り口に鍵をかけたりはせずに、自由に外に出させる (職員が後からついていく)。個室の各部屋は家具持ち込みで、電話・テレビも取り付けられる (実際に設置する人は少ない)。食事については、昼と夜は職員が調理して、居住者は同じ時間帯に食べるが、朝食は前の日に職員が作っておいたものを各人が好きな時間にとる。トイレ、シャワー、洗濯は共通である。夜の就寝は早いので、遅くまでテレビがついていることはない。番組内容が共通の話題になることは多いようである。

この施設の介護職員はお世話が中心で、もともとは昼間に2名、夜間が1名である。2008年改革により認知症患者には追加の手当て (一人当たり月に180ユーロ) が支給されるため、全員の手当てを合わせて専門職員を1名増員して

<sup>56)</sup> Breime, 2004. プレーメの議論の整理については、山田, 2002年, 37~39ページを参照。

<sup>57)</sup> 2011年8月17日, ケルン市の Hildegardis 病院におけるケア責任者へのインタビュー。

いる。これにより、かなり介護面が充実した。定期的に支援してくれるボランティアは2人で、どちらも高齢者である。家族の会、職員の会が組織されていて、その会合において話し合わせ決まったことが運営の実務的な方針となる。それ以外に、このグループホームには年会費60ユーロの後援会が20名ほどで組織されている（建物の貸家人たちの代表も加入者）。月々の利用料金については、食料品の購入代が180ユーロ。身体介護・食事の調理、各種の家事などのお世話は1,300ユーロほど。部屋代が大きさにより異なるものの、すべて合計すれば平均して2,200ユーロほどである。私に同行した成人後見制度の世話人クライン氏（Gisela Klein）が、この料金設定は施設介護の主軸である完全介護ホームと較べてかなり安いと説明してくれた<sup>50)</sup>。この共同体は、入居条件として要介護度Ⅰ以上を求めている。在宅介護扱いなので、介護金庫からは要介護度に応じてそれぞれ450, 1,100, 1,550ユーロが支給される。それでも、6～7人は社会扶助を受給している。ここには、中低所得者にとって適切な介護を受けることの経済的な重さが読み取れる。

この共同体が他のタイプの事業所よりも安価な料金で済んでいるのは、セルフヘルプの運動体として築き上げたノウハウの蓄積による部分が大きいと、事業代表者のステリング氏（Stefan Stehling）は語る。15年前にある人物がベルリンで施設を立ち上げた際に、警察は閉鎖を命じたが、その人物は裁判所に訴え長い訴訟時間をかけて再開を勝ちとった。家族が責任を担い、運営にかかわるコンセプトで出発した共

同体は、手さぐりで運営手法を作り上げてきた。第1段階では、日中の世話などは家族が中心となり、事業所の職員は宿泊などを担う。第2段階では、昼間に職員を置き、夜に家族が交代で泊まる。第3段階になると、昼間に加えて夜も職員を置くというやり方が主流となっている。

ケルンではカリタス、ディアコニーの評判が高いので他の福祉事業者が入り込むのは容易でなく、開設した時点では、入居者の確保に苦労した。しかしながら、現在は宣伝活動の必要がぜんぜんなく、入所待ちの状態である。共同体の事業を起こした当初は、世間から白い目で見られがちであった。だが、この間の活動実績と2008年改革で推奨される政策の1つになったため、今後、急速に普及するのではなかろうかと、ステリング氏は予想する。実際、人口百万人の都市に当時は2～3か所、つまり100人前後の人しか入所機会がない状態であった。

さらに、彼の話は伝統的な事業体を代表するカリタス、ディアコニーとの違いに展開する。両団体が運営する大規模な完全介護施設は、いずれも利用料金が高額なためあちこちで空室が発生している。たとえば、旧式の住居を借りれば、新築・大改築に伴う多額の投資資金を料金に含める必要はない。そうした施設面の工夫だけではない。入居者の意見を汲みあげて施設全体の調和を保っていくには専門管理者：入居者＝1：15でも多いといえるが、大規模施設ではその水準を守れていない。すべての管理は上位下達方式になっている。また、食事の調理や洗濯も居住者からは見えない遠くのセンターで集中してなされる。要するに、普通の暮らしの環境

<sup>50)</sup> 10年前の高い人気の介護施設の料金を示す表－6を参照。また、同じ、介護高齢者の居住共同体でも、営利企業の場合はかなり高くなる。その生活ぶりコスト事例については、斎藤、2012年、12ページ以下を参照。

から切り離されて画一的な生活が押し付けられる。団体のトップ層はこれらの問題点に気づいていても、種々の法的な規制と衝突するため抜本的な運営革新には手を出せない状況に置かれている<sup>59)</sup>。

この共同体には、深刻な問題行動を抱えた人は少なそうである。逆に、要介護度がゼロの人でも除外されている。そうした制約を設けているとはいえ、関係者の管理・運営への参画、安価な料金設定の努力などは、困難を抱えた人々に近い立場に立ち、彼らに寄り添う活動スタイルとして評価できる。そして、運営方針は、カリタス、ディアコニーと一線を画している。ところが、この種の共同体をいくつか展開している登録団体“Dabei sein”は、全国組織としての無宗派民間福祉団体に加盟している。ということは、外から見れば同じ6大民間福祉団体である。これをどう見ればよいのか。6大民間福祉団体は、公認の団体として、地域財政主体から助成金を含めて種々の便益を受けられる。経営を安定させる観点からは、それらのメリット享受は魅力的である。半面で、それはセルフヘルプなどの新しい団体が地域財政主体から自分たちの要求を入手する場合に、6大民間福祉団体のひさしを借りることを意味する。

ここに、6大団体にとって替わるだけの力を持ちえていない新しい市民参画型団体の限界が現れている。政治の側は、これまで世論が彼らの活動を評価した場合に個別限定的に主張を受けいれる態度をとっている。人々の活動する場面だけをみればすでに大移動は起きていても、法制度のうえで6大団体が補完性原則の名宛人

となっているのと較べれば、その社会的な地位は決定的に異なっている。そして、新しい団体を担うのは経営・運営に積極的に参加する市民たちだが、その活動は目の前にある現場・組織が精一杯で、同様に問題を抱えている外部の人々にまで手を差しのべる余裕はあまりない（もっとも、最近のセルフヘルプは全国組織として充実した活動を展開しつつある）。

他方、新誘導モデル論も、主として内向きに行政の経営合理的な変革に終始しており、外へ向けた行動は主題となっていなかった。しかるに、認知症対応に対する世論の高まりは、一部の自治体に新たな動きを生起させつつある。地方中核都市のスパイヤー市は、最近、州が人件費の8割を負担する助成を受けて、あらたに街中に認知症相談所を開設した。また、市が百パーセント出資している外郭団体・高齢者問題事務所を市の直接行政に組織再編し、そこに80～85人の名誉職を集めることになった<sup>60)</sup>。つまり、ある意味では20世紀初頭のスタイル復活だといえ、市自身が地域に出ていき、困難に遭遇している人々に手を差しのべる態勢づくりに向けて、実際的な措置を取りはじめたわけである。認知症への対応に限っても、生活場面で困難に遭遇している人々への支援に関して参画型の市民団体と地域財政主体のどちらがイニシアティブを握るのかは、まだ先にならないと見えてこない。

広い意味の社会に発生する諸個人の困難に、いきなり国家権力としての地域財政主体が向き合うのではなく、地域財政主体からは自立して

<sup>59)</sup> 2011年8月24日、代表者 Stefan Stehling 氏へのインタビュー。

<sup>60)</sup> ラインラント・プファルツ州都市会議の副事務局長 Gunner Schwalting 氏からの2013年1月14日付メール。

いて当事者により近い人々や団体が柔軟に、あるいは試行錯誤的に対応する。その経験の蓄積から一定の効果的な手法が固まってくると、地域財政主体がそれを政策に採用する。もし社会国家をこのように定式化するならば、21世紀を迎えたドイツでは、その役割関係は依然として維持されているといえる。だが、困難に遭遇している人々と直接に向き合う活動団体の位置関係には、20世紀初頭と決定的な違いが生じている。当時の主役であった慈善団体は、活動に要する資金も、手足の役を演じる地区の人々と医療的知見のある専門家がセットになったマンパワーも備えた組織として困っている人々の前に現われえた。つまり、そこには一方的な援助の与え手・一方的な受け手という上下関係が支配していた（与え手が主観的に宗教心の発露と位置づけていたとしても、その客観的事実は消えない）。

今日の市民参画型の団体では、サービスを受ける側、その関係者はある程度の資金を負担するのみならず、経営に参加し、一部ではあれ運営をも担おうとする。つまり、サービスの与え

手・受け手は水平的関係に近い位置に立つ。さらに、宗派や政治信条ごとに集団が分断され、それによって受けるサービスが相違する世界から、身体や精神に起きている困難な事態が人々の属性よりも重要な世界への移行が生じている。ここには、宗教と宗派の掲げる理念、理念実践の担い手となる修道者・熱心な信者たちという仲介メカニズムには依存しないで、市民たち自身が築く高齢者介護の舞台が見いだされる。とはいえ、地域を全面的にカバーする対象者の発見には地域財政主体の積極的な役割が求められることも、急いで付け加えられなければならない。<sup>補注)</sup>

## V 結び

長年にわたりドイツの社会保障を観察・研究している土田氏は、広くヨーロッパの国々を指す福祉国家との「差異は小さ」として、ドイツについても社会国家に替えて福祉国家の術語を用いる（土田、2008年、259ページ）。土田氏が現代ドイツに対して福祉国家を用いるのは、

<sup>補注)</sup> 本稿を入校した後、膨大な資料に依拠して東西ドイツ統合に占める社会政策の役割を解明したゲハルト・A・リッターの大著『ドイツ社会保障の危機—再統一の代償—』（竹中享監訳、ミネルヴァ書房、2013年）を入手した。この書には、介護保険の創設、そして社会保険の制度運営の分析が含まれている。その著書を校正段階で通読したが、本稿の基本的な視座と考察結果を大きく変更する必要はないと判断している。

リッター氏は、多分野に目配りして東ドイツの人々が遭遇した大転換に対する西ドイツの政治的・社会的な対応を吟味する。とはいえ、彼の場合、西ドイツにおける利益社会的なものと共同社会的なものの緊張と相克は、主として広狭の政治レベルで分析されており、その射程は制度化された補完性原則と新誘導モデル論が絡み合う局面、さらにセルフヘルプを中心とする市民参画型活動の位相へと延びていない。これでは、社会的に弱い立場の人々が遭遇する2種類のリスクへの対処方式—標準化されたリスクへの社会保険と、未定型なリスクに現場近くで柔軟に対応する民間主導の社会福祉—というドイツ社会国家の特質の1つが抜け落ちる。

この視座の制約を反映して、1989～1994年の社会政策を分析したリッター氏は、東西ドイツ統合における社会保障と並び、西ドイツに内在する改革として年金保険改革、法定医療保険の構造改革、介護保険の導入を挙げるものの、それらは「既存の制度・原則の枠を出ないものだった」と結論づける（282ページ）。それに対して、本稿は社会扶助の分野では新誘導モデル論が社会福祉行政に普及しても従前からの団体統合主義が依然として運営を牛耳っていること確認する一方で、介護保険を導入した高齢者介護の分野はラディカルな構造転換を経験していることをも解明している。



ドイツの学界における福祉国家という術語の「使用頻度の一定の高まり」を反映している。その状況を生み出した原因を自問するドイツ人法学者によれば、社会諸科学の国際的な議論における使用言語が英語である事情と、ドイツの憲法概念から距離を置き、「外からながめてみる」欲求の2つを挙げる（木村周市朗，2000年，27，28ページ）。

しかしながら，この見解には社会国家が憲法（基本法）概念にとどまらず，憲法より下位の司法や行政の活動を通して実体化されてきた以上，その実体レベルにも照応する変化が起きているに違いないという観点は見られない。これを探索すれば，社会福祉の分野における行政の裁量行使に関して立法が秩序づけた，行政より先置されるドイツの「民」（＝制度化された「補完性原則」）のあり様が括目される。社会秩序の形成と深く結びついて行政との間に「調整と均衡の体系」を築くドイツの「民」の主要なアクターとは，労働組合，社会保険そして，6大民間福祉団体である。

それゆえ，社会国家が福祉国家の術語に置き換わる動向とは，この実体レベルにおける何らかの顕著な変化を推理させる。社会福祉に関する「調整と均衡の体系」を再編する動きは，1980年代に広義の社会政策支出が比重低下を示しはじめるとはいえ，ようやく1990年前後から制度改革となって顕在化する。介護保険の創設や民間福祉団体の活動に対する生産原価完全充足原則の廃止などは，この連続的な制度改革の一環をなす。その起動力を求めて広義の社会における人々の生活文化圏構成のレベルにまで掘り進めば，深部ではすでに1970年代から地すべり的な変化が起きていた（地区ミリューを基盤にした生活様式の消失）。

一見すると，1990年代の社会福祉に関連した制度変革は，行政と6大民間福祉団体を中心とする「民」の間での政策運営のイニシアティブをめぐる角逐のごとく映るけれども，その根底には生活文化圏のあり様変化に対応する改革という色合いを強く帯びている。しかるに，地区ミリューの生活から離脱した新しい勢力は，まだ自己の生活文化のあり様を社会全体に浸透させるだけのパワーを身につけていない。このため，新たに登場する市民参画型の団体は，しばしば古い団体統合主義を生み出した民間福祉団体の傘を利用して，自己の活動を展開するスタイルをとっている。

その事態の反映であるが，政治も新しい参画型の市民活動を自己の支持勢力の隊列にじゅうぶん取り込めていない。かくて，政権の側についた政治は，それぞれ2008年，2012年の介護保険改革において，自分たちの基本路線への固執と世論の支持する個別事項の採用を併存させるにとどまっている。この持続する過渡的事態と，アングロサクソンが発祥の地である経営合理的な改革論（新誘導モデル論）の実践の組み合わせを福祉国家と呼ぶかどうかは，価値判断の問題といえよう。

最後に，カリタス連合，ディアコニーの高齢者介護事業についていえば，それらの活動は，宗教本体による宗教活動と分かちがたい世俗的な活動として推進されてきた。だが，それぞれの運動や事業には，組織の運営，社会の環境への適合などそれ自体の発展がある。高齢者介護は，すでに第一次大戦後の時点でも他の社会福祉活動と同じく資金的な窮状におちいって地域財政主体から大きな財政的支援を受ける立場となり，やがて介護保険が創設されると介護サービス経営体としての自立が活動の主目標に据え

られる。

ドイツの社会福祉に関しては、思想の歴史的な連続性に着目する議論が根強いようである(岡田, 1999年)。それに対して、高齢者介護を担ってきた宗教系の民間福祉団体の歩みは違っている。キリスト教としての宗教的な動機から出発しながら、地域財政主体との「調整と均衡の体系」を経て市場経済の世界における合理的な経営体へ転化する。この高齢者介護の活動展開を、マックス・ヴェーバー『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』の主張と重ねるとどうなるであろうか。カリタス連合の軌跡は、果たして世俗世界と妥協的なカトリックに特有な現象として片づけられる問題であろうか。そこには、「共生の思想」だけでは脱落する社会の脈絡が取りだされる。

この点に関して、内田芳明氏は日本のみならず諸国でのヴェーバー受容(つまり、それぞれの国の参照枠論の裏返し)を視野に収めたうえで、本稿の結論と大きく重なるヴェーバーの双極的な問題処理の魅力を説く。多元社会を多義的に説明するヴェーバーの見方を突きつめると、2要因—利益社会的なものと共同社会的なもの—の緊張と相克に行き着く(内田, 1990年, 57ページ)。とはいえ、このアプローチの立ち入った吟味は将来の課題に残される。

#### 〔付記〕

本稿は、2011年夏に行われた10年ぶりの現地調査が出発点となっている。私のドイツ研究は、何時もながら現地での見聞から大きな刺激を受けている。今回は、特に見ず知らずの私を温かく受け入れてくれたドイツ応用介護研究所(Pro. Dr. Frank Weidner 所長)、所員の Peter Scheu 氏、旧知の友人である裁判所指定世話人

の Gisela Klein 氏、ラインラント・プファルツ州都市会議の副事務局長 Dr. Gunner Schwalting 氏の機関・方々から多大な支援をいただいた。この時の知見が、複雑な高齢者介護・社会政策に挑むキッカケとなった。記して謝意を表す。さらに、しばらくドイツから離れていた私に『戦後日独関係史』(近刊予定)への執筆機会を与えてくれた工藤章氏(東京大学名誉教授)の変わらぬ厚情をありがたく思う。

#### 《参考文献》

- Campbell, John Creighton 「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」『社会科学研究』60巻2号, 2009年。
- 福澤直樹「社会国家の生活保障—近代ドイツにおける社会保険と福祉政策—」高田実・中野智世編著『福祉』ミネルヴァ書房, 2012年。
- 春見静子「ドイツ・カリタス連合体の研究 (1)~(10)」『(長崎純心大学)カトリック社会福祉研究』3~12号, 2003~2012年。
- 医療経済研究機構『ドイツ医療関連データ集(2010年版)』2011年3月。
- 伊藤大一『現代日本官僚制の分析』東京大学出版会, 1980年。
- 貝塚啓明「日独社会保障の特徴 1. 国際比較の視点」土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革: 日本とドイツの挑戦』ミネルヴァ書房, 2008年。
- 木村周市朗『ドイツ福祉国家思想史』未来社, 2000年。
- Knieps, Franz 「介護保険制度改革に向けてのドイツの挑戦とわが国への示唆」『Monthly IHEP』No.184, 2010年3月号。
- 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史編著『日独社会保険政策の回顧と展望—テクノクラートと語る医療と年金の歩み—』法研, 2011年。
- 倉田聡『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究—』北海道大学図書刊行会, 1997年。
- 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—』信山社出版, 1998年。

- 松本勝明「ドイツの介護保険制度改革」『介護保険情報』2009年7月号。
- 松本勝明『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』ミネルヴァ書房、2011年。
- 宮本恭子「ドイツの高齢者介護を支える人材の特徴と人材確保の課題」『六甲台論集』51巻1号、2009年。
- 宮崎良夫「西ドイツにおける社会国家論の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 2』東京大学出版会、1985年。
- 望田幸男『二つの戦後・二つの近代—日本とドイツ—』ミネルヴァ書房、2009年。
- 中野智世「第一次大戦後ドイツにおける民間社会事業—福祉国家との共存をめぐる—」『(法政大学)現代福祉研究』5号、2005年。
- 中野智世「西欧福祉国家と宗教—歴史研究における新たな分析視角をめぐる—」『ゲシヒテ』5号、2012年(a)。
- 中野智世「福祉国家を支える民間ボランティア—二十世紀初頭ドイツを例として—」高田実・中野智世編著『福祉』ミネルヴァ書房、2012年(b)。
- 岡本英巳子「20世紀末のドイツ社会福祉思想の新潮流—新しい社会(福祉)運動との関連—」『社会事業史研究』27号、1999年。
- 斎藤香里「ドイツにおける介護システムの研究」五紘舎、2011年。
- 斎藤義彦「ドイツと日本「介護」の力と危機—介護保険制度改革とその挑戦—」ミネルヴァ書房、2012年。
- 桜井健吾「近代ドイツにおけるカリタスの再生と展開(1803—1914年)」『南山経済研究』27巻1号、2012年。
- 瀬岡吉彦「医療経済分析のマクロとミクロ」瀬岡吉彦・山上征二編『透析医療の医療経済学』日本メディカルセンター、1995年。
- 新春座談会「介護保険の始動と21世紀の社会保障」『社会保険旬報』No.2084、2001年。
- 住谷一彦・工藤章・山田誠編著『ドイツ統一と東欧変革』ミネルヴァ書房、1992年。
- 田近栄治「ドイツから見た日本の介護保険(上)、(下)」『健康保険』2007年5、6月号。
- 高橋秀寿『再帰化する近代—ドイツ現代史試論—』国際書院、1997年。
- 武田公子「ドイツ自治体の行財政改革—分権化と経営主義化—」法律文化社、2003年。
- 田中耕太郎「社会扶助」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。
- 田中耕太郎「介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障研究』No.131、2000年。
- 田中耕太郎「介護保険の財政」土田武史/田中耕太郎/府川哲夫『社会保障—日本とドイツの挑戦—』ミネルヴァ書房、2008年。
- 手塚和彰「福祉国家ドイツのひとこま (1)~(10)」『書斎の窓』1996年。
- Tönnies, Ferdinand『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト—純粹社会学の基本概念—(上)、(下)』岩波書店、1957年。
- 坪郷實「地方自治と介護保険—ドイツの事例を中心に」『海外社会保障研究』No.131、2000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『先進国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会、1999年。
- 土田武史「医療と介護の連携」土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革：日本とドイツの挑戦』ミネルヴァ書房、2008年。
- 土田武史「新しい連帯と競争の形—ドイツモデルの行方」土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革：日本とドイツの挑戦』ミネルヴァ書房、2008年。
- 土田武史「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」『早稲田商学』428号、2011年。
- 土田武史「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』94号、2012年。
- 内田芳明「ヴェーバー受容と文化のトポロジー」リポート、1990年。
- 山田誠「現代西ドイツの地域政策研究—西ドイツ国民経済における地域政策と地方財政—」法律文化社、1989年。
- 山田誠「ドイツ型福祉国家の発展と変容」ミネルヴァ書房、1996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「ドイツの保険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『先進国の社会保障 4 ドイツ』東京大学出版会, 1999年 (a)。
- 山田誠「現代の社会保障と規範論アプローチ」『立命館経済学雑誌』48巻4号1999年 (b)。
- 山田誠「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—」『鹿児島大学経済学論集』58号, 2002年。
- 山田誠編著『介護保険と21世紀型地域福祉—地方から築く介護の経済学—』ミネルヴァ書房, 2005年。
- 山田誠「日独の介護保険・介護政策と異文化接触」工藤章・田嶋信雄編著『戦後日独関係史』東京大学出版会 (近刊)。
- Zimmer, Annette「伝統あるパートナーシップ—ドイツにおける地方自治と市民活動—」坪郷實/ゲジネ・フォリヤンティ/縣公一郎編『分権と自治体再構築—行政効率化と市民参加—』法律文化社, 2009年。
- Banner, Gerhard, Logik des Scheiterns oder Scheiterun an der Logik?, in: *Der Moderne Staat*, Heft 2, 2008.
- Breme, Norbert, Ungleiche Chancen in der Bürgergesellschaft, in: *Sozialer Fortschritt*, 4/2002.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege — Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG), 10. Februar 2012.
- Bundesministerium für Gesundheit, Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 26. Januar 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit, Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 20. Mai 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung — Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Pflegeversicherung, Prävention, 03. Dezember 2012. [2012年12月6日閲覧]
- Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG), 18.05.2012,
- Föcking, Friederike, Fürsorge im Wirtschaftsboom — Die Entstehung der Bundessozialhilfegesetzes von 1961, R. Oldenbourg Verlag, München, 2007.
- Grohs, Stephan, Modernisierung kommunaler Sozialpolitik — Anpassungsstrategien im Wohlfahrtskorporatismus, Wiesbaden, 2010.
- Grohs, Stephan, Die Umsetzung des neuen Steuerungsmodells — eine empirische Bestandsaufnahme, in; Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung — Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt, 2012.
- Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane, Einführung, in; Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung — Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt, 2012(a).
- Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane, Ergebnisse und (Neben-) Wirkungen des Neuen Steuerungsmodells für die Soziale Arbeit — Schlussbetrachtung, in; Hagn, Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung — Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt, 2012(b).
- Hammerschmidt, Peter, Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial [hilfe-] politik, in; Aner, Kirsten/ Karl, Ute (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden, 2009.
- Hammerschmidt, Peter, Zur Organisation und Finanzierung der konfessionellen Wohlfahrtsverbände um 1960, in: Jaehnichen, Trugott u.a. (Hrsg.), *Caritas und Diakonie im "goldenen Zeitalter" des bundesdeutschen Sozialstaats*, Kohlhammer, Stuttgart, 2010.

- Holtlamm, Lars, Das Scheitern des Neuen Steuerungsmodells, in: *Der Moderne Staat*, Heft 2, 2008.
- Kiefe, Gernot, Was erwarten die Pflegekassen von einer Pflegereform?, 27. März 2012. [2012年12月22日閲覧]
- Lingenfeller, Stefanie, Freie Wohlfahrtspflege in Deutschland – Sozialwirtschaftliches Handeln zwischen ethischen und ökonomischen Anforderung, Marburg, 2011.
- Münder, Johannes, Neues Steuerungsmodell und Subsidiarität – Zum Wandel des Verhältnisses öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege, in; Landeshauptstadt München Sozialreferat, *Neues kommunales Steuerungsmodell und die freie Wohlfahrtspflege*, 2000.
- Rot, Günter, Die Institution der Kommunalen Sozialverwaltung, Berlin, 1999.
- Rot, Günter, Die Entwicklung und Reformen der kommunalen Sozialverwaltung von der Weimarer Republik bis Mitte der 1990er Jahre. in; Hagn. Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung – Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt, 2012.
- SPD-Bundestagsfraktion, Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung, 27. März 2012.
- Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege 2009, 2012.
- Volkssolidarität Bundesverband e.V., Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 11. Januar 2008.
- Volkssolidarität Bundesverband e.V., Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V., zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 21. Mai 2012.
- Weins, Werner, Wer steuert was wohin wozu womit? – Die Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung und die Autonomie der freien Wohlfahrtspflege, in; *Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB)*, 22. Jahrgang, Heft 1, 1999.
- Wohlfahrt, Norbert, Auswirkungen der Neuen Steuerungsmodelle auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse der Sozialen Arbeit, in; Hagn. Julia/ Hammerschmidt, Peter/ Sagebiel, Juliane (Hrsg.), *Modernisierung der kommunalen Sozialverwaltung – Soziale Arbeit unter Reformdruck?*, Frankfurt, 2012.