

ドイツにおける障害者福祉の現状と課題

－ 介護給付と社会参加給付を中心に －

森 周子

■ 要約

1990年代半ば以降、ドイツの障害者政策の方針は「援護」から「自己決定権の拡大」へと大きく転換し、障害者の「社会生活への完全参加」が目標とされるようになった。その目標を実現する上で要となるのが、介護給付や社会参加給付などの福祉施策である。2008年1月からは、社会参加給付を現物給付から現金給付へ転換し、障害者が自ら必要な給付を選択・購入できるようにする「個人予算」という仕組みが本格始動した。

本稿では、ドイツの障害者福祉の現状を、介護給付、社会参加給付を中心に考察し、個人予算についても概説した。そして、①介護給付と社会参加給付の関係の整理（特に完全入所の障害者福祉施設の障害者に対して）、及び②個人予算の改善（介護保険からの介護給付を個人予算の枠内にどのように、またどの程度組み込むか）、の2点が課題であることを指摘した。

■ キーワード

ドイツ、障害者福祉、介護給付、社会参加給付、個人予算

I. はじめに

本稿では、ドイツの障害者政策のうち、特に障害者福祉（介護給付と社会参加給付）について扱う。

1994年に、ドイツの憲法に当たる基本法の3条3項に、「何人もその障害によって不利益な待遇を受けることは許されない」という一文が加えられたことを契機に、ドイツの障害者政策の方針は「援護」から「自己決定権の拡大」へと大きく転換し、障害者の「社会生活への完全参加」が目標とされるようになった。それに合わせて法律も整備され、2002年5月施行の「障害者平等化法（Behindertengleichstellungsgesetz：BGG）」では、社会生活における障害者の不利益取扱いの禁止と機会均等の実現、そのためのバリアフリーが義務づけられ、2006年8月施行の「一般均等待遇法（das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz：AGG）」では、1条に、人

種あるいは民族的背景、性別、宗教あるいは世界観、障害、年齢又は性的志向を理由とする不利益取扱いの防止及び排除がうたわれた。

障害者の自己決定権の拡大や、社会生活への完全参加を実現する上で要となるのが、介護給付や社会参加給付などの福祉施策である。2008年1月からは、社会参加給付を現物給付から現金給付へ転換し、障害者が自ら必要な給付を選択・購入できるようにする「個人予算」という仕組みが、2004年から2007年までの試行期間を経た後に本格始動している。

ドイツは、日本で昨今議論されている介護保険と障害者福祉の「統合」（もしくは介護保険制度の「普遍化」）を既に部分的に実施しており、加えて、日本における支援費制度や障害者自立支援法の実施と同時期に、個人予算という新たな給付の仕組みを開始している。このようなドイツの障害者福祉

について検討することは、日本の障害者福祉の今後の展開を考える上でも示唆に富むものと思われる。以下では、ドイツにおける障害者の現状と障害者政策の体系を概観した後、介護給付、社会参加給付、個人予算の現状と課題を考察する。

II. ドイツにおける障害者の現状と 障害者政策の体系

1. 障害者の現状

ドイツにおける「障害(Behinderung)」の定義は、社会法典(Sozialgesetzbuch)第9編(以下、SGB IXと略記)2条に規定されている。それによれば障害とは、「身体的機能、知的能力又は精神的な健康状態が年齢に照らして標準的な状態とは異なっており、それが6カ月以上の期間存在する可能性が極めて高く、それにより社会生活への参加が妨げられている状態」をさす。さらにそのような状態に陥るおそれのある場合も、障害のおそれのある状態として、障害と同様に取り扱われる。

障害の程度は、1983年に連邦労働社会秩序省(現在の連邦労働社会省：以下BMASと略記)により設定され、2005年に改訂された、障害度(Grade der Behinderung：GdB)で表される¹⁾。これは、10%刻みで20%から100%まで設定されており、20%以上が障害と認定される。障害度50%以上が重度障害である(SGB IX 2条2項)が、障害度が30%以上50%未満の障害者でも、その障害が原因で就業又は雇用の維持ができない場合には、重度障害者と同等に扱われる(同3項)。重度障害者には、重度障害者証明書(Schwerbehindertenausweis)が発行される(同69条)。2005年のドイツ国内の障害者数は864万人(全人口に占める割合は10.5%)であり、うち673万人(77.9%)が重度障害者、191万人(22.1%)が軽度障害者(障害度が30%以上50%未満)である(Pfaff, 2006, 1268)。さらに重度障害者に関する最新の統計によれば、2007年

の重度障害者の数は約692万人、その74%が55歳以上であり、高齢化が進んでいる(Statistisches Bundesamt, 2008 ①)。

2. 障害者政策の体系

ドイツの障害者政策は、所得保障と障害者福祉(介護給付、社会参加給付)に区分しうる²⁾。所得保障は主に年金保険、労災保険、及び社会扶助(ドイツにおける公的扶助の名称)から給付される³⁾。障害者福祉についても、ドイツでは、日本における身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者福祉法のような特別法がなく、給付機関が多岐にわたる。介護給付は主に介護保険及び社会扶助から給付され⁴⁾、社会参加給付は、災害保険、医療保険、年金保険、連邦雇用機構、社会扶助などから給付される。社会参加給付とは、文字通り障害者の社会参加を促進するための給付をさし、医学的リハビリテーション、労働生活への参加に対する給付、社会生活への参加に対する給付からなる。以下では、介護給付、社会参加給付の順に、内容を詳述する。

III. 介護給付

障害者に対する介護給付の給付機関は、在宅の場合と施設の場合とで異なる。在宅の障害者は介護保険から介護給付を受け、介護保険からの給付だけでは必要な介護が充足されない場合は、不足分について、社会扶助の給付の一種である介護扶助が補完的に給付されうる。

他方で、施設に入所する障害者は、主に介護支援を実施し、介護保険の給付対象である介護施設(Pflegeheim)又は障害者福祉施設内に設置された介護部門(Pflegeabteilung)に終日入所(完全入所)している場合は、介護保険から介護給付を受けるが、主に重度障害者に対する自立支援のための施設である「障害者に対する援助のための完

全入所施設 (vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)] (以下、完全入所の障害者福祉施設と略記)⁵⁾に入所している場合は、社会扶助の給付の一つである統合扶助 (Eingliederungshilfe)の一環として介護給付を受ける。そして介護保険からは、ホーム報酬の10%(ただし月額256€が上限)の費用補填がなされる⁶⁾。

1. 介護保険からの介護給付

ドイツは周知の通り、1995年に世界で最初に介護保険を導入した国であり、その後、いくつかの改定を経て、2008年7月には「介護保険の構造上のさらなる展開に関する法律 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)」による大改正が実施された。

介護保険の給付における要介護者の定義は、「肉体的・精神的疾患あるいは障害により、日常生活においてかなりの程度またはそれ以上の援護を必要とする者であり、運動機能の喪失・麻痺・機能障害あるいは内部障害、感覚機能障害、欲求障害、方向感覚障害などの中枢神経系機能障害状態にある者 (社会法典第11編 (介護保険法) (以下 SGB XI と略記) 14条)」となっている。ここから分かるように、ドイツでは年齢を問わず介護保険の対象となり、また若年障害者や障害児も介護保険の対象となる。

介護保険は、可能な限り、要介護者が自立し自己決定に基づく生活を送れるよう援助することを目的としており (自己決定の原則) (SGB XI 2条)、在宅介護の優先 (同3条)、予防及び医学的リハビリテーションの優先 (同5条) といった原則を有する。そして被保険者は、すべての医療保険加入者である。

介護給付は、申請に基づいて、「法定医療保険のメディカルサービス (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung : MDK)」という機関が要介護度や必要な介護の種類などを判定し、保険者である介護金庫に報告した後に実施される (本沢、

2005, 2)。要介護度は、I (かなりの要介護)、II (重度要介護)、III (最重度要介護) の3等級に区分される (SGB XI 15条)、各等級の限度額分までの介護を受けられる (表1参照)⁷⁾。

介護保険の財政状況は1999年以降赤字基調であり、2007年も、収入が180.2億€、支出が183.4億€と、3.2億€の支出超過を記録した (BMG, 2008)。保険料は1996年7月以降1.7% (労使折半) であったが、2008年7月の改正により、1.95% (子のいない被保険者については2.2%⁸⁾) に引き上げられた。

2007年末の在宅給付受給者は約136万人、完全入所の施設給付受給者は約67万人であり、うち7.2万人が障害者福祉施設内の介護部門で給付を受けている (BMG, 2008, 2ff.)。

2. 社会扶助からの介護扶助と統合扶助

社会扶助は、日本の生活保護に相当する。根拠法は社会法典第12編 (公的扶助) (以下、SGB XII と略記) である。社会扶助の給付機関は、郡に属さない市 (kreisfreie Stadt)、及び郡 (Kreis) であり (SGB XII 3条)、税財源で運営される。また、他の社会保障制度から給付が受けられない場合にはじめて受給が可能になるという、後置性の原則を有する (SGB XII 2条)。介護扶助や統合扶助の主な給付提供者は、公的団体及び民間福祉団体 (freie Wohlfahrtspflege)⁹⁾ である。

介護扶助 (Hilfe zur Pflege) (SGB XII 61-66条) は、介護保険などの給付機関から介護を受けられない者に、介護保険と同様の要介護状態が存在する場合に給付され¹⁰⁾、給付内容も介護保険と同様である。なお、既述のように、介護保険のみで十分な介護を受けられない場合は、介護扶助から不足分について給付を受けることが出来る (SGB XI 13条3項)。介護保険からの給付に加えて介護扶助からの給付を受けている者は、2007年は21.8万人である¹¹⁾。介護保険の導入により、介護扶助の受給

表1 介護保険の給付一覧表 (2008年4月時点)

		要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III (カッコ内は特に過酷な場合)
在宅介護	現物給付 (月額€)	384	921	1,432 (1,918)
	2008年7月1日以降	420	980	1,470 (1,918)
	2010年1月1日以降	440	1,040	1,510 (1,918)
	2012年1月1日以降	450	1,100	1,550 (1,918)
	介護手当 (月額€)	205	410	665
	2008年7月1日以降	215	420	675
	2010年1月1日以降	225	430	685
	2012年1月1日以降	235	440	700
代替介護 (月額€)	・近親者による	205	410	665
	・その他の人物による	1,432	1,432	1,432
	2008年7月1日以降	215	420	675
		1,470	1,470	1,470
	2010年1月1日以降	225	430	685
		1,510	1,510	1,510
	2012年1月1日以降	235	440	700
		1,550	1,550	1,550
ショートステイ	介護費用 (年額€)	1,432	1,432	1,432
	2008年7月1日以降	1,470	1,470	1,470
	2010年1月1日以降	1,510	1,510	1,510
	2012年1月1日以降	1,550	1,550	1,550
デイケア・ナイトケア	介護費用 (月額€)	384	921	1,432
	2008年7月1日以降	420	980	1,470
	2010年1月1日以降	440	1,040	1,510
	2012年1月1日以降	450	1,100	1,550
一般的な世話のニーズがかなり高い要介護者に対する補完的給付	給付額 (年額€)	460	460	460
	2008年7月1日以降	2,400	2,400	2,400
完全入所介護	介護費用 (月額€)	1,023	1,279	1,432 (1,688)
	2008年7月1日以降	1,023	1,279	1,470 (1,750)
	2010年1月1日以降	1,023	1,279	1,510 (1,825)
	2012年1月1日以降	1,023	1,279	1,550 (1,918)
障害者に対する援助のための完全入所施設における介護	介護費用額	ホーム報酬の10%、ただし月額256€が上限		

出所：BMG (2008) をもとに筆者作成

者数は、1994年で約56万人だったものが、1998年には約29万人となるなど、当初は着実に減少した。しかし、2002年の約31万人から増大傾向にあり、2007年には35.1万人となっている。2007年の給付額は約32億€であり、社会扶助の給付額全体(約211億€)の15.2%を占める(Statistisches Bundesamt, 2008 ②③)。

次に統合扶助(Eingliederungshilfe)(SGB XII 53-60条)とは、その名の通り、障害者の社会生活への「統合」を志向するものであり、社会参加給付の他にも、適切な学校教育に対する援助や、雇用の場における援助、医師による給付、労働生活への障害者の参加の保障に対する事後の援助、などを含む(SGB XII 54条)。統合扶助の受給に際しての限度額は、基準生活費(Eckregelsatz)(2008年7月1日時点で351€)の2倍と居住費と家族加算とを合計した額である(SGB XII 85条1項1)。2007年の統合扶助の受給者は67.2万人である。同年の給付額は約119億€であり、社会扶助の給付額全体の56.4%を占める(Statistisches Bundesamt, 2008 ②③)。

3. 完全入所の障害者福祉施設における障害者への介護給付をめぐる問題点

既述のように、完全入所の障害者福祉施設における障害者への介護は、統合扶助の一環として給付される。だがこのことについては、議論が存在する。

介護保険導入当初は、完全入所の障害者福祉施設に対しては、それが介護支援ではなく障害者の社会参加支援を主目的としていることを理由に、介護保険が適用されなかった。すなわち、完全入所の障害者福祉施設に対しては、社会扶助の給付である統合扶助が介護保険の給付よりも優先して行われることとなり、社会扶助の後置性(SGB XII 2条)が否定された。他方で、完全入所の障害者福祉施設の中に設置される介護部門(Pflegeabteilung)

については、介護保険の給付対象である介護施設とみなされた(Deutscher Bundestag, 1997, 34)。財政上も、介護保険の導入当初、完全入所の障害者福祉施設における障害者に対する施設介護の総費用は、約150億ドイツマルク(約75億€)と試算され、他方で、介護金庫が1995年に必要とする総額は、約142億ドイツマルク(約71億€)と推計されていた(本沢, 1996, 58)ことから、完全入所の障害者福祉施設の費用をも介護保険で引き受けることは、介護金庫への負荷となり、保険料引上げにつながるかと危惧された(Ramms, 1998, 11)。

だが、障害者団体や民間福祉団体がこのことを批判し、介護金庫に対して、障害者福祉施設に入所する障害者の介護費用の20%を分担するよう求めた。そこで、妥協策として、1996年6月のSGB XII第1次改定法では、統合扶助の給付は介護保険の給付に後置されないと規定され(SGB XII 13条3項)、また、完全入所の障害者福祉施設に関して、施設費用の10%(ただし月額256€が上限)まで、介護保険から費用補填がなされることとなった(SGB XII 43a条)(Klie, 2000, 10f.)。

社会扶助の給付機関(郡に属さない市、及び郡)は、支出軽減のため、完全入所の障害者福祉施設やその一部を、介護施設又は介護部門に転換し、入所者である要介護の障害者を介護施設又は介護部門に移そうとした(BMGS, 2004; Klie, 2000, 11)。このことが問題視され、2001年には、要介護の障害者を他の施設に移すのは、その者に対する介護が現在の施設では確保されない場合で、介護金庫、社会扶助の給付機関及び施設の設置運営者が合意した場合にのみ可能とされ、その際には、当該障害者の希望が考慮される、との規定が設けられた(SGB XII 55条)。その後も、社会扶助の給付機関のみならず、障害者団体及び民間福祉団体もまた、統合扶助の介護サービス相当部分に対する介護保険の全面適用、あるいは費用補填額の引上げを主張してきたが、実現されていない¹²⁾。

IV. 社会参加給付

次に社会参加給付について詳述する。これは、1974年施行の重度障害者法 (Schwerbehindertengesetz) と、同年施行のリハビリテーション調整法 (Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation) が統合されて 2001年7月に改編された、社会法典第9編「障害者のリハビリテーション及び社会参加」(SGB IX)、及び個別給付法を根拠法とする。その内容は既述のように、医学的リハビリテーション (medizinische Rehabilitation)、労働生活への参加のための給付 (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)、社会生活への参加のための給付 (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) に大別され¹³⁾、様々な給付機関からそれぞれ給付される(表2参照)。

医学的リハビリテーションの給付内容は、診療、薬剤、言語及び訓練療法、補助具、精神療法、負荷療法などである (SGB IX 26条)。障害の発生をできるだけ回避すべく、予防・早期発見・早期診療・早期援助が、障害者政策において第一に重視されており、給付機関は、そのための様々な措置を行わねばならないと規定されている (SGB IX 30条)。SGB XIにおいても、予防及び医学的リハビリテーションが介護給付に優先すると規定されている (SGB XI 5条)。

だが、これらの規定にもかかわらず、医学的リハビリテーションが、要介護の防止、軽減等に必

ずしも満足のいく成果を挙げていないことが問題視されている。その理由としては、主な給付機関である医療保険が医学的リハビリテーションの実施による恩恵を特に受けず、インセンティブに欠けることや、介護給付の提供者や利用者にとっても、医学的リハビリテーションは要介護度の低下やそれに伴う給付量の低下につながり、魅力に欠けること、などが指摘される。そこで、医学的リハビリテーションによる要介護度の改善の成果が給付機関に還元されるような仕組み作りが提案されている (松本、2007、134f.; Sozialverband VdK Deutschland, 2007, 7f.)。

次に、労働生活への参加に対する給付とは、障害者の就労支援のための給付をさし、その内容は、①助言、斡旋、訓練措置、移動援助に対する給付を含む雇用維持又は求職のための手当、②障害のために必要とされる基礎教育を含む職業準備、③職業への適応及び再教育、④職業訓練、⑤起業補助金、⑥その他の援助、である (社会法典第2編(求職者に対する基礎保障) (SGB II) 33条3項)。具体的には、連邦雇用機構 (Bundesagentur für Arbeit) による労働統合給付 (SGB II 16条) や、SGB IX第2部に組み込まれている重度障害者法に規定された、統合局 (Integrationsamt) による負担調整金の徴収・利用が挙げられる¹⁴⁾。ドイツにおける15歳から65歳までの障害者の就業者数は2005年で220.6万人、就業率は50.1%であり、2004年(209.9万人、48.6%)と比べて増加してい

表2 社会参加給付の内容と給付機関

給付機関 給付内容	災害保険	社会的 補償	医療保険	年金保険	連邦 雇用機関	青少年 扶助	社会扶助
医学的リハビリテーション	○	○	○	○		○	○
労働生活への参加に対する給付	○	○		○	○	○	○
社会生活への参加に対する給付	○	○				○	○

注：社会的補償 (Soziale Entschädigung) とは、戦争犠牲者援護のことをさす。

出所：BMAS (2006)

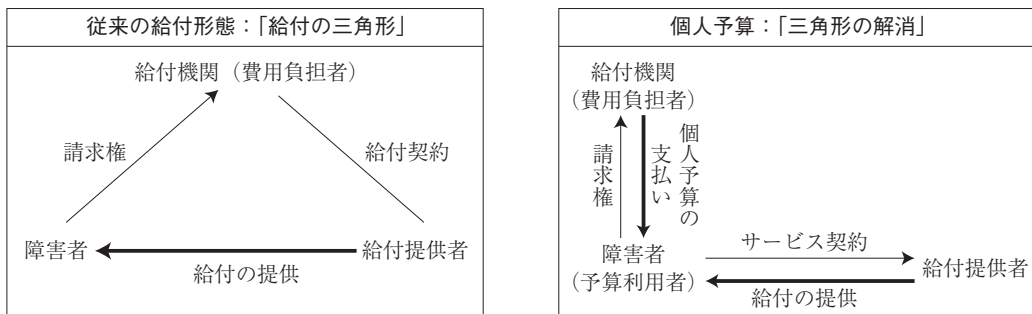
る (Statistisches Bundesamt, 2004/ Pfaff, 2006, 1271)。

最後に、社会生活への参加に対する給付とは、文字通り社会生活への参加を可能にし、それを保障するための給付である。具体的には、未就学児に対する療育給付、環境理解の促進に対する給付、社会生活や文化的な生活への参加に対する給付、障害者の特別なニーズに適合するような住宅の獲得・改築・増築・保持に際しての援助、などが挙げられる (SGB IX 55-59 条)。

V. 個人予算：社会参加給付の新しい給付形態

個人予算は、社会参加給付を、現物給付から現金給付へと転換し、利用者である障害者が給付機関の枠を超えて給付提供者と契約を結び、給付内容を選択・購入できるようにする、新しい給付形態である。2002 年施行の SGB IX 17 条を根拠とし、2004 年 7 月 1 日から、社会参加給付以外に、介護保険や医療保険などの給付機関からも給付を受けられるとされ、同年同月日から 2007 年 12 月 31 日まで、ドイツ全土の 14 のモデル地域 (ミュンヘンやデュッセルドルフなど) で試行された。そして 2008 年 1 月からは、障害の度合や種類にかかわらず、すべての障害者に個人予算への法的請求権が与えられることとなり、本格的に始動した。

個人予算の導入により、従来の給付形態における「三角関係」が解消されたと評価される (Metzler/Meyer/Schäfer/Wansing, 2007, 7ff.; Kruse/Steinke 2008, 3) (図参照)。すなわち、従来の社会参加給付は、利用者である障害者の申請を受けて、給付機関が給付提供者と給付の内容や量に関する協定を結ぶという、日本の措置制度に類似した形で給付されていた。だが個人予算では、利用者は申請によって、個人ごとに算定された金額を、現金及び (介護保険からの給付の場合は) バウチャーで受給できる。ただし従来受けていた給付相当額を上回る金額を受給することはできない。申請は任意であり、その受付は、給付機関が各地に設立するリハビリテーション共同サービス所 (gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation) が行う¹⁵⁾。申請を受けたサービス所を管轄する給付機関が受託者となり、関与する給付機関や申請者と共に予算確定手続きを行い、手続き終了後 1 週間以内に、受託者及び関与する給付機関は、それぞれの給付法に基づいて予算 (部分予算) を確定する。そして受託者は、管理文書を作成し、部分予算の合計である個人予算の給付を開始する。給付は毎月支払われる。給付に対する個々の利用者の需要確定の方法や予算の算定方法は給付機関によって異なり、不服申し立ても可能である。需要確定の手続きは、原則として 2 年ごとに実施される。個人予算の利用者が、従来の給付形態に戻ることも可能である。



出所：Kruse/Steinke (2008)

図 従来の給付形態と個人予算

報告書によれば、2007年5月時点で、モデル地域では494人、モデル地域外では353人、合計847人が、個人予算を申請した。うち42%が精神障害者、31%が知的障害者、19%が身体障害者であり、全体の3分の2が重度障害者であった。個人予算の平均月額額は1,041€であった。複数の給付機関から給付を受けることもでき、その場合は「給付機関を超越した個人予算(Trägerübergreifendes Persönliches Budget)」と呼ばれるが、これは44件(全体の約5%)しか利用されなかった(Metzler/Meyer/Rauscher/Schäfer/Wansing, 2007, 8)。

個人予算は、障害者を単なるサービスの受け手から、個別の要求に基づいてリハビリテーションや社会参加をする自立した存在へと変える、という理念を有する(Deutscher Bundestag, 2006, 6)。障害者が自ら必要な援助を選択することで、援助の種類や方法の向上や、障害者の自立性の向上、施設から在宅への移行などが期待された。だが個人予算は現時点では、普及には程遠い。モデル地域の847人に加えて、2007年後半には、約1,000人が新たに個人予算を申請したが、これらは、障害者の総数や、主たる受給対象者の数(統合扶助を受給する約60万人)と比較しても少ない(Klie, 2008, 2)。BMASは2008年から、個人予算の普及のための助成プログラムを実施しているが、①予算利用に際しての利用者に対する助言や支援の体制整備の遅れ¹⁶⁾、②障害者の給付需要の確定方法や予算額の決定方法が統一されておらず、地域や給付機関によってばらつきが生じる、③従来受けていた給付相当額を上回る金額を受給できない、などの問題点が解決されなければ、障害者は個人予算の利用を躊躇し、普及は困難だろうと指摘される(Steinke, 2008, 1ff.)。

特に個人予算では、介護保険からの給付が限定的にしか利用できないことが問題視されている。施設介護給付やショートステイなどは個人予算の対象外であり¹⁷⁾、完全入所の障害者福祉施設の障

者への介護保険の適用にかかわる問題は、ここでも解決されないことになる。また、介護保険からの給付は例外的に、現金給付ではなくバウチャー給付で行われ(SGB XI 35a条)、そのバウチャーは、介護保険の適用対象である介護事業所及び介護施設でしか使用できない。これでは従来の介護保険と何ら変わらず、個人予算で行う意味が少なく、実際にモデル地域でも介護保険からの給付の利用は3件しかなかった。

個人予算の試行とは別に、2004年10月から4年間、介護金庫の上級団体からの委託により、ドイツ国内8カ所にて、介護給付の現物給付分の限度額全額が現金給付される「介護予算(Pflegebudget)」が試行された。また、介護金庫の上級団体及びラインラント＝プファルツ州の主導で、フライブルクにて、介護予算と個人予算を組み合わせた「統合予算(Integriertes Budget)」が試行された。これらの取組みにおいて、介護保険からの給付を利用することによる利用者の生活状況の向上が見られた(Siebert, 2007, 125ff.)ことから、民間福祉団体や専門家が、介護保険からの介護給付を全面的に個人予算の対象にすることを提案し、緑の党や連立与党の議員からも、「統合予算」の実施を2008年の介護保険の改正内容に盛り込むことが提案されたが、考慮されなかった(Klie, 2008; Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2008)。

VI. まとめと結論

ドイツの障害者福祉が「社会生活への完全参加」という目標を達成する上での課題は、①介護給付と社会参加給付の関係の整理と、②個人予算の改善、であろう。

①は特に、完全入所の障害者福祉施設に入所する障害者に対し、自立支援のために統合扶助の枠内でなされる介護給付に関して問題となる。介護保険の財政状況の厳しさを理由に、この場合の介

護給付に関してのみ、社会扶助が介護保険に優先され、社会扶助の後置性の原則が損なわれることには、再検討の余地がある。介護保険の全面適用が検討に値すると思われるが、その場合の給付は、あくまで現金給付でなされる必要がある。さもないければ、自立支援と結びついた介護給付が担保されない可能性があるからである。このことは「介護予算」の議論や、障害者の介護給付を個人予算の範疇で実施すべきという議論にも重なる。

②については、利用者に対する助言や支援の体制整備と並んで、介護保険からの介護給付を個人予算の枠内にどのように、またどの程度組み込むかが焦点となる。その意味で、「統合予算」の提案は引き続き検討対象とされるだろう。

以上のようなドイツの障害者福祉の課題は、日本における障害者自立支援法や、介護保険と障害者福祉の「統合」論議と関連付けてとらえられる。個人予算も障害者自立支援法も、「措置から契約へ」という方向性を有する点や、個別に決定される一定の枠内（個人予算あるいは障害程度区分）でサービスを選択できる点は共通する。だが個人予算は、障害程度区分や利用者負担がない点、現金給付がなされる点、財源が税に限られない点、介護給付が限定的にしか組み込まれていない点などが、わが国の障害者自立支援法とは異なる。

ドイツは、SGB IXの制定や個人予算の導入を通じて、それまで様々な給付機関の個別給付法に分立していた「障害者福祉」という分野を確立・整備することで、障害者の「社会生活への完全参加」の達成を意図しているように見受けられる。

また、ドイツにおいては、障害者の介護給付を（財政上ではなく運用上）介護保険から切り離し、社会参加給付と一体的に実施しようとする「統合予算」のような仕組みが、民間福祉団体や専門家から要請されている。このことは、障害者の介護給付も社会参加給付¹⁸⁾も障害者自立支援法のもとで一体的に実施している日本における、障害者の介護給

付を介護保険に「統合」することの是非をめぐる議論に対し、示唆を与えると思われる。

注

- 1) 障害度の判断に際しては、1983年に作成され、2005年に改定された「社会援護法及び重度障害者法に基づく医師による鑑定のためのガイドライン」(Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht : AHP)が用いられる。
- 2) そのほかにも、医療政策や住宅政策、教育政策などがかわるが、紙幅の関係上、本稿では扱わない。
- 3) 法定年金保険から給付される障害年金(稼働能力減退年金)、労災保険から給付される労災年金、連邦雇用機構から給付される「求職者に対する基礎保障」、社会扶助から給付される「老齢時及び稼働能力減退に際しての基礎保障」などが挙げられる。
- 4) 労働災害によって要介護状態に陥った場合は、労災保険から介護給付がなされる(社会法典第7編「法定災害保険」(SGB VII)44条)。
- 5) ホーム(Wohnheim)のみならず、学校寮(Schulinternat)など、教育や、社会生活への参加、労働生活への参加のための給付を提供するあらゆる完全入所の施設が含まれる。
- 6) ホーム報酬とは、社会扶助の給付機関が施設の開設者との合意に基づき施設の提供した給付に対して支払う報酬のことである(SGB XI 87a条;松本, 2007, 25f)。作業所などの部分入所施設を利用する場合も、統合扶助の枠内で介護給付を受けるが、その介護関連費用については、介護保険からの費用補填は行われない(松本, 2007, 139)。
- 7) 施行当初は、MDKの要介護度判定基準が知的障害者や認知症高齢者に対して適合的でない、という批判も寄せられたが、これについては、2002年1月施行の介護給付補完法(Pflegeleistungergänzungsgesetz)により、一般的な世話のニーズがかなり高い要介護者(特に認知症)に対して、年間460€までの補完給付がなされることで対応された(SGB IX 45a-d条)。
- 8) 2005年1月施行の児童養育考慮法により、子のいない被保険者については0.25%、介護保険料が上乘せされる。
- 9) カリタス、ディアコニー、労働者福祉協会、パリエート、ドイツ赤十字、ユダヤ中央福祉事務所、の6団体であり、その活動は、公的団体よりも優先される。
- 10) 介護を要する状態が6カ月未満しか継続しないと予見される場合など、介護保険の要介護者に該当しない場合にも支給される(SGB XII 61条1項)。
- 11) 連邦統計局第VIII Bグループ(社会扶助)のAndrea

- Wolff からのデータ提供による。
- 12) 例えば障害者団体や民間福祉団体は、障害者福祉施設を障害者の「自宅」とみなすことで、介護保険の全面適用を可能にすべきであると主張している (Müller-Fehling, 2006; Landes-Caritasverband Bayern, 2008)。
 - 13) ほかに、医学的リハビリテーション及び労働生活への参加に対する給付を受ける期間における生計保障のための給付がある (SGB IX 44-54 条; 松本、2007、133)。
 - 14) ドイツには、重度障害者法を根拠とする、重度障害者に焦点を絞った就労支援も存在する。統合局を中心に実施され、一般雇用に対するものと福祉的就労に対するものに区分される (紙幅の関係上、本稿では詳細は省略する)。
 - 15) 疾病金庫、介護金庫、年金保険、労災保険、社会扶助の各給付機関、統合局、連邦雇用庁などで申請を行うこともできる。
 - 16) 例えば利用者に個人予算の管理能力が欠けている場合は、予算利用に関する助言や支援が受けられるが、それらは有料であり、その分個人予算が上乘せされることはない。
 - 17) SGB XI 35a 条に規定されている、個人予算の対象となる給付内容の中に、これらの給付は含まれていない。
 - 18) ドイツにおける社会参加給付は、日本における訓練等給付及び地域生活支援事業に相当する。

参考文献

(以下に挙げるインターネット URL アドレスの最終アクセス日はすべて 2008 年 12 月 23 日)

BMAS. 2006. *Übersicht über das Sozialrecht*.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit). 2008. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/08). (http://www.bmg.bund.de/cIn_117/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Pflegereform_Zahlen-und-Fakten,templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Pflegereform_Zahlen-und-Fakten.pdf)

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung). 2004. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung.

Deutscher Bundestag. 1997. Unterricht durch die Bundesregierung. Erster Bericht für die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 13/9528, pp. 8-101.

Deutscher Bundestag. 2006. Unterricht durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Ausführung der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. Drucksache 16/3983, pp. 1-80.

Klie, T. 2000. Verhältnis von Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflegeversicherung in vollstationären

Einrichtungen für geistig Behinderte. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Klie, T. 2008. Erklärung zum integrierten trägerübergreifenden Budget. forsea.

Kruse, K. / Steinke, M. 2008. Das Persönliche Budget: Leistungen und Hilfe selbst einkaufen!. Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Landes-Caritasverband Bayern. 2008. Pflegeversicherung: Menschen mit Behinderung werden weiter diskriminiert. (<http://www.caritas.de/2338.asp?id=15039>)

Metzler, H. / Meyer, C./ Schäfer, M./ Wansing, G. 2007. Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht. BMAS.

Müller-Fehling, N. 2006. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Pflege. unveröffentlicht.

Paritätischer Wohlfahrtsverband. 2008. Integriertes Trägerübergreifendes Budget nicht ins Pflegereformgesetz eingeflossen. (http://www.budget.paritaet.org/index.php?id=318&tx_ttnews%5Bpointer%5D=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1285&tx_ttnews%5BbackPid%5D=320&cHash=339b05bda9)

Pfaff, H. 2006. „Lebenslagen der Behinderten Menschen. Ergebnis der Mikrozensus 2005.“ *Wirtschaft und Statistik*, 12/2006, pp. 1267-1277.

Ramms, U. 1998. „Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen- Position des Landes Niedersachsen.“ *Behindertenbesucher des Landes Niedersachsen. Die Pflegeversicherung- Menschen mit Behinderung ziehen Bilanz*. Niedersachsen, pp. 10-15.

Siebert, A. „Integriertes Budget.“ *Betreuungsmanagement*, 3/2007, pp. 125-128.

Sozialverband VdK Deutschland. 2005. Positionen des Sozialverband VdK Deutschland zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Sozialverband VdK Deutschland.

Statistisches Bundesamt. 2004. Auszug aus *Wirtschaft und Statistik*.

Statistisches Bundesamt. 2008 ①. *Schwerbehinderte Menschen am Jahresende*. (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Sozialleistungen/BehinderteKriegsopfer/Tabellen/Content75/GeschlechtBehinderung,templateId=renderPrint.psm1>)

Statistisches Bundesamt. 2008 ②. *Ausgaben der Sozialhilfe 2007*.

Statistisches Bundesamt. 2008 ③. *Empfängerinnen und Empfänger im Laufe des Jahres 2007 nach Altersgruppen*,

Hilfearten und Ort der Hilfgewährung.

Steinke, M. 2008. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe:

Das Persönliche Budget.unveröffentlicht.

松本勝明 2007『ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険—』信山社

本沢巳代子 1996『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』日本評論社

本沢巳代子 2005「ドイツの介護保険制度と利用者の法的保護」東京都高齢者研究・福祉振興財団『介護保険転換期—新制度のしくみとドイツ制度の現状』東神堂, pp.1-12.

(もり・ちかこ 佐賀大学准教授)