

ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係

松本 勝明

■ 要約

ドイツでは、介護保険により、高齢者に限らず要介護者全般に対し必要な介護給付が行われている。一方、障害者の就労、社会生活への参加のための社会参加給付は社会扶助などの給付として行われている。このため、要介護者である障害者は、それぞれの給付を異なる制度から受けている。ドイツの状況からは、我が国の介護保険を一般的な要介護のリスクを対象とした制度とする場合の論点について、次のことが指摘できる。まず、要介護認定については、子供や知的障害者および精神障害者の場合の援助の必要性を適切に判断するために、認定の対象とする援助の範囲および評価の方法が重要となる。また、両給付の関係については、純粋な介護給付の範囲には含まれないが介護給付との一体的な提供が必要な給付や障害者支援のための施設における介護給付の取扱いなどが検討される必要がある。その際には、受け手にとって望ましい給付のあり方が追求されなければならない。

■ キーワード

ドイツ介護保険、介護給付、社会参加給付、要介護者、障害者

障害があることにより必要となる援助には、介護のほかにも、保健・医療、教育、就労、社会生活への参加のための支援などさまざまなものがある。ドイツの社会保障制度は対象とするリスクや対象者に応じて分立した諸制度から成り立っており、このような援助の必要性に対応する給付についても、それを統一的に行う制度は存在しない。我が国の場合には障害者福祉施策として一元的に行われている障害者に対する介護給付とリハビリテーション、就労、社会生活への参加のための給付（以下「社会参加給付」という。）も、ドイツでは、それぞれ、介護保険の給付および社会扶助などの給付として、異なる給付制度により行われている。

我が国においては、介護保険の被保険者および保険給付を受けられる者の範囲についての検討が行われることとされている。その結果、それら

の者の範囲を拡大し、介護保険を高齢者に限らず要介護者全般を対象とした制度とする場合には、ドイツと同様に、障害者に対する介護給付と就労、社会生活への参加のための給付がそれぞれ異なる制度により行われることが考えられる。

したがって、ドイツにおける要介護の障害者に対する給付の状況について考察することにより、我が国における介護保険と障害者福祉施策との関係を考える上での重要な示唆を得ることができる。そこで、本稿では、ドイツにおける要介護の障害者に対する介護給付と社会参加給付との関係を中心に検討を行うこととする。

1. 介護給付および社会参加給付の概要

(1) 介護給付

ドイツにおいて、介護給付は社会法典

(Sozialgesetzbuch) 第11編に規定する介護保険を中心として行われている¹⁾。ドイツの介護保険は、一般的な要介護のリスクに対応する制度となっている。このため、要介護者に対しては、その年齢や要介護の原因である障害等の種類にかかわらず、介護保険から必要な介護給付が行われる。介護保険の給付は、可能な限り、要介護者が自立しかつ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いる。介護保険の給付には、別表に掲げるように、在宅介護および入所介護の場合のさまざまな種類の給付が含まれている。これらの給付は、要介護者にとって必要なあらゆる援助を対象とするわけではなく、それぞれの給付ごとにその対象とする援助の範囲が定められている。例えば、在宅の要介護者に対して行われる介護現物給付(我が国の場合の訪問介護に相当)は、基礎介護(後述する日常生活活動のうち「身体の手入れ」、「栄養摂取」および「移動」の分野における活動に対する援助をいう。)および家事援助をその内容としている。

(2) 社会参加給付

社会参加給付は、社会法典第9編および個別の給付法²⁾に基づき行われている。社会法典第9編

は2001年に新たに設けられたものである。同編は、既存の個別給付法と並列して存在し、個別給付法間の整合性を図るため、それら全般にかかわる事項を定めている³⁾。各給付の給付主体および給付要件は、引き続き、個別給付法によって定められており、社会法典第9編の規定は、個別給付法に別の定めがない限りにおいて適用される。これにより、ある社会参加給付が行われるかどうかは基本的に個別給付法に依拠するが、それがどのように行われるかは、個別給付法だけでなく、社会法典第9編にも依拠する。社会参加給付は、障害者の自己決定および社会生活への参加を促進することなどを目的として行われている。社会参加給付は、ア. 医学的リハビリテーションのための給付、イ. 労働生活への参加のための給付、ウ. 前記ア. 又はイ.の給付を受ける期間における生計保障のための給付およびエ. 家族、近隣などの共同体⁴⁾での生活への参加のための給付から構成される。

社会参加給付は、前述のとおりさまざまな給付制度を通じて行われているが、重度の障害者にとっては、とりわけ社会法典第12編に規定する社会扶助(Sozialhilfe)の給付として行われる統合扶助(Eingliederungshilfe)が重要な役割を担ってい

(別表) 給付の種類

介護保険の給付	統合扶助の給付
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護現物給付 ・ 介護手当 ・ 組合せ給付 ・ 介護者に支障が生じた場合の給付 ・ 介護補助具の支給 ・ 住宅改造への補助 ・ デイケア・ナイトケア ・ ショートステイ ・ 終日入所介護 ・ 障害者支援のための終日入所施設での介護 ・ 介護者の社会保障 ・ 介護講習 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学的リハビリテーション ・ 労働生活への参加のための給付 ・ 認定作業所における給付 ・ 共同体での生活への参加のための給付 ・ 学校教育のための援助 ・ 職業教育のための援助 ・ その他の適切な活動の養成訓練のための援助 ・ 認定作業所に匹敵する他の就労場所での援助 ・ 診療の効果および労働生活への参加を確保するための付随的な援助

る。統合扶助には、別表に掲げるような障害者の社会参加のためのさまざまな給付が含まれている。統合扶助は二つの使命を有している。ひとつは、障害の防止並びに障害又はその影響の除去・軽減であり、もう一つは、障害者の社会への統合である。具体的には、共同体での生活への参加を可能又は容易にすること、適切な職業その他の活動を行うことを可能にすること、できる限り介護に依存する必要がないようにすることなどがそれに含まれる。社会への統合は、障害そのものの軽減のみならず、障害者とその周辺との関係を変化させることによって行われる⁵⁾。統合扶助は、個々のケースにおいて、これらの目的が達成される可能性があると思込まれる場合に限り行われる。

2. 障害者に対する介護給付が介護保険により行われる理由

ドイツの介護保険においては、被保険者の範囲および要介護者の定義に年齢に関する要件は設けられておらず、若年の障害者であっても、要介護者に該当する場合には、介護保険による給付を受けることができる。このことは、次に述べるように、ドイツにおいて介護保険制度が必要となった状況と密接な関連を持っている。

1995年に介護保険が実施されるまでは、特定の要介護者を対象とした個別の給付⁶⁾が行われていただけで、要介護の原因や対象者の職業にかかわらず一般的な要介護のリスクに対する社会的な保障を行う制度は存在しなかった⁷⁾。このため、要介護者とその家族は、多くの場合、要介護により発生する費用をまずは自ら負わなければならなかった。それだけではどうしても対応しきれない場合には、社会扶助による介護扶助 (Hilfe zur Pflege) を受けなければならなかった。

社会扶助は、本来、個別のケースにおいて、社会保険その他の制度による社会給付では十分な対応が行われず、かつ、対象者自身にも資力がな

い、例外的、緊急的な状況の下で最後の手段として行われるべきものとして位置づけられている。しかしながら、特に、入所介護の場合には、多くの要介護者およびその家族にとって、その費用のすべてを自ら負担することは困難な状況にあった。このため、特に重度の要介護者に対しては、社会扶助の給付は、まるで要介護に関する通常の給付のように極めて頻繁に行われていた。

社会扶助がこのような機能を果たすことは、要介護者自身にとっても決して好ましいものではなかった。なぜならば、社会扶助の適用を受ける場合には、経済的に困窮していることを証明しなければならず、また、家族にも費用負担を求めなければならなくなるからである。このことは、要介護者にとって屈辱的なことと受け止められた。また、社会扶助が適用されることになれば本人にも負担が求められるため、要介護者に年金等の収入があっても、本人の手元に残るのは一律の小遣いだけになってしまう。さらに、介護のための社会扶助費用の増加は、それを負担しなければならない地方自治体にとって財政的に大きな問題となった。

これらの問題を解決するために、疾病のリスクに対する医療保険のように、一般的な要介護のリスクに対する保障を行う制度として介護保険が必要と考えられた⁸⁾。したがって、介護保険の対象となる要介護のリスクを加齢に伴うものに限定することは、このような介護保険導入の目的にそぐわないものである。また、介護保険の施行前には高齢者だけを対象に介護給付を行う制度は存在しなかったにもかかわらず、一定年齢以下の要介護者を介護保険の対象から除外し、それらの者については、従来どおり社会扶助の適用が行われる状態にとどめることを正当化できる根拠も存在しない。

3. 「要介護」の概念と「障害」との関係

介護保険による給付を受けるための基本的な要件は、被保険者が社会法典第11編に定める要介

護者に該当することである。同編第14条によれば、要介護者と認められるのは、疾病又は障害のために、日常生活において日常のかつ規則的に繰り返される活動（以下「日常生活活動」という。）を行うのに、継続的（最低6か月）に相当程度以上の援助⁹⁾を必要とする場合である。したがって、一定の障害が存在することだけで要介護者に該当するというわけではない。通常、日常生活活動に相当程度の援助が必要となるのは、顕著な障害が存在する場合であるので、要介護者に該当するのは障害者の一部であると考えられる¹⁰⁾。

障害の概念は、社会法典第9編第2条第1項において法的に定義されている。それによれば、障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性を持って6か月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうものとされている¹¹⁾。

日常生活活動には、身体の手入れ(Körperpflege)、栄養摂取(Ernährung)、移動(Mobilität)および家事援助(hauswirtschaftliche Versorgung)の各分野における特定の活動¹²⁾が該当する。したがって、社会参加のための活動(例えば、就労、学習、余暇、コミュニケーションのための活動)についての援助の必要性は、要介護者に該当するかどうかの判断においては考慮されない。

要介護認定の対象となる「援助」には、日常生活活動を手助けすることおよびその一部又は全部を要介護者に代わって行うことのほか、要介護者が自立して日常生活活動を行えるように監督又は指導することが含まれる。身体障害者に対する援助は、通常、前者のような形態、すなわち日常生活活動を手助けすることおよびその者に代わって行うことにより行われる。後者のような形態での援助が前者と同等に位置づけられている理由は、知的障害者、精神障害者又は認知症患者に対する援助の必要性に対応するためである。これらの者の場

合には、そのような活動を行う身体的な能力はあるが、そのような活動の必要性が適切に認識できない、そのような活動を行う意欲がない、あるいは、それを一人で行った場合には問題(例えば、調理の際の火の消し忘れ)が生じるケースがあると考えられるため、本人がその活動を適切に行えるようにするための監督又は指導の必要性が援助の必要性として認められている¹³⁾。ただし、この監督又は指導は、あくまでも具体的な日常生活活動との関連性を持って行われるものに限られることに留意する必要がある¹⁴⁾。

援助が必要となる原因としての疾病又は障害は加齢に伴うものに限定されないため、子供であっても、前述の要件を満たす限りは要介護者として認められる。ただし、子供の場合の要介護認定は、健康な子供との比較により行われる。つまり、低年齢の子供や乳児の場合には、その年齢に応じて当然に必要な援助ではなく、それを越えた追加的な援助の必要性が判断の基準となる¹⁵⁾。例えば、疾病や障害があるために必要となる頻繁な栄養摂取又は追加的な身体の手入れの必要性などが考慮される。0歳児の場合には、特別の理由がある例外的な場合のみ要介護者として認定される。そのような例外的な場合としては、例えば、内臓機能の重篤な障害により、在宅での栄養摂取に相当の困難を伴い、そのために何時間もの追加的な援助が必要なケースが考えられる¹⁶⁾。

4. 介護保険の給付と社会参加給付との関係

ドイツの場合には、介護給付および社会参加給付が異なる制度により行われている。このため、要介護者である障害者にとっては、どのような種類の給付が介護保険による給付又は社会参加給付として行われるのか、それぞれの給付によって具体的にどのような範囲の援助が提供されるのか、両方の給付は相互にどのような優先関係に立つのが重要な意味を持つことになる。

(1) 給付の種類

介護保険の給付および社会参加給付として行われる給付の種類に関して注目される点は、医学的リハビリテーションが介護保険の給付ではなく社会参加給付の一つとして位置づけられていることである。介護保険について規定する社会法典第11編においては、要介護の発生防止、克服、軽減および悪化防止のためにリハビリテーションが介護給付よりも優先することが強調されているにもかかわらず、医学的リハビリテーションは、実際には、介護保険ではなく、社会参加給付として医療保険、年金保険、社会扶助(統合扶助)などにより行われている。介護保険の保険者である介護金庫は、必要がある場合には、リハビリテーションの給付主体に対してリハビリテーションの実施を働きかけることが義務づけられているに過ぎない¹⁷⁾。

このような仕組みでは、リハビリテーションの給付主体は、リハビリテーションの実施による要介護の防止、軽減等を通じて介護保険の給付が減少しても、それによって特段の経済的なメリットを受けない。このため、リハビリテーションの給付主体がその責務を必ずしも十分に果たさないことが危惧された。そこで、介護金庫が、要介護認定に関する審査などを行う専門機関である医療保険のメディカルサービス(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)に対して要介護認定のための審査に併せてリハビリテーションの可能性についても審査させることなどが義務づけられた¹⁸⁾。しかしながら、介護保険の限られた財源を考慮して、医学的リハビリテーションを介護保険の給付に取り込むことにはならなかったものである¹⁹⁾。

これまでのところ、リハビリテーションは要介護の防止、軽減等に必ずしも満足のいく成果をあげておらず、そのため、要介護の予防およびリハビリテーションのあり方を見直す必要性などが指摘されている²⁰⁾。ドイツの例は、リハビリテーションの給付主体が、リハビリテーションを通じた要介護

の防止、軽減等より経済的なメリットを受けない制度では、リハビリテーションの実施は十分に進まない恐れがあることを示している。

(2) 援助の範囲

① 社会的な世話

介護保険は、入所介護の場合には、介護に関する費用のほかに社会的な世話(soziale Betreuung)に関する費用も負担している。社会的な世話は、特に、要介護者が、孤独になること、無関心になること、抑うつ状態になることおよび不活発になることを防止し、それによって、要介護状態の悪化を防止し、あるいは要介護状態を軽減することを目的としている。社会的な世話には次のような援助が含まれる²¹⁾。

- ・ 時間、場所および人を認識させるための援助(例えば朝の巡回によって行われる)
- ・ 個人的な日常および共同体の中での生活を形成するための援助(例えば、遊び、文化的な活動、会話のための催し、散歩の付添い)
- ・ 人生の危機を乗り越えるための援助(個人的な問題について話す機会の提供)および臨終の付添い
- ・ 個人的な事柄の処理に関する援助(例えば、役所への同行、現金の取扱いに関する助言)

社会的な世話は、1996年に制定された社会法典第11編第1次改正法(Erstes SGB XI-Änderungsgesetz)により、入所介護給付の対象に追加されたものである²²⁾。その理由は、入所介護施設は、介護だけを行う施設にとどまるものではなく、自宅における介護が困難となった要介護者が生活の拠点とする居住・生活空間であるからである。したがって、入所介護施設には、必要な居住性と併せて、要介護者が自己決定に基づき暮らすことができるような生活の質が備わっていなければならない。そのためには、社会的な世話が重要な意味を持つと考えられた²³⁾。なお、在宅介護の場

合には、社会的な世話に相当する援助は、家族や近隣の人によって行われるとの理由から、介護保険による介護現物給付の対象に含まれていない²⁴⁾。

社会的な世話は、その目的および内容において、社会参加給付との間に一定の共通性を有している。例えば、社会的な世話にも人間相互の交流を促進するための援助が含まれる。しかしながら、それは、あくまでも、居住者と職員によって構成される入所介護施設という環境において、それらの者の相互交流を図るためのものであり、社会参加給付の場合のように、社会において相互交流を行う能力の維持・改善を目的とするものではない。つまり、社会的な世話は、あくまでもその施設における介護の一環として行われるものであり、それゆえ、社会参加給付とは異なり、要介護との関連性が直接的かつ一体的でない援助の必要性を対象としない²⁵⁾。

② 能力の維持・回復およびコミュニケーションへの配慮

社会法典第11編第28条第4項第1文は、介護は、要介護者の残存能力を維持し、喪失した能力を可能な限り回復させるため、要介護者を能動的にすることを目的としなければならないと定めている。そのような介護としては、例えば、日常生活活動を要介護者に代わって行うのではなく、要介護者を励まし、要介護者ができる限り自分でできるよう援助することがあげられる。また、同項第2文は、要介護者が孤独に陥ることを防ぐため、介護の実施に当たっては要介護者のコミュニケーションに対するニーズを考慮に入れなければならないと定めている。つまり、介護者は、介護の作業のみを行うのではなく、要介護者とのコミュニケーションを図ることも求められる。

ただし、これらは、介護保険における独立した給付として、能力の維持・回復のための給付やコミュニケーションの給付が存在していることを意味

しているわけではない。また、能力の維持・回復やコミュニケーションへの配慮は、あくまでも、介護給付の提供との関連において行われるものであり、対象者の社会参加を目的として行われるものではない。

(3) 優先関係

社会扶助の補足性の原理は統合扶助にも適用される。したがって、統合扶助を受けようとする者は自らの収入および資産の活用が求められる²⁶⁾。また、統合扶助の給付は他の主体による社会参加給付が行われない場合のみ行われる。しかしながら、介護保険の給付は社会参加給付には該当しない。また、社会法典第11編第13条第3項の規定によれば、統合扶助の給付は介護保険の給付による影響を受けないとされているが、この規定では両者の関係は必ずしも明確ではない。このため、両者の優先関係を巡っては、関係者の間でも意見の対立がみられた²⁷⁾。

この問題を解決するため、社会法典第11編第1次改正法によりこれを補完する規定が付け加えられた。これにより、統合扶助の給付は補足性の原理が適用される社会扶助の給付ではあるが、それに対して介護保険の給付が優先するわけではなく、両者は並列的な関係に立つことが明確にされた。したがって、要介護者である障害者に対しては、基本的に、介護保険の給付と統合扶助の給付が並列的に行われる。

ただし、障害者のリハビリテーション、労働生活、共同体での生活への統合、教育、養育などを主たる目的とする終日入所施設および部分入所施設²⁸⁾（以下「障害者支援のための入所施設」²⁹⁾）においては、付随して行われる介護給付も統合扶助の一部として社会扶助の負担により行われる。これに対応して、障害者支援のための入所施設は、介護保険による給付が行われる介護施設には該当しないこととされている。この規定は、障害者支

援のための入所施設においては統合扶助の給付と介護給付との一体的な提供が必要であることに配慮して設けられたものである³⁰⁾。しかし、一方では、これにより、障害者支援のための入所施設に関しては、社会扶助の補足性の原理が打ち破られたことになる。これに対しては、障害者団体や民間福祉団体から、それらの施設を利用する要介護者である障害者にも、その他の要介護者と同様に介護保険による給付の請求権を付与することが求められた³¹⁾。

このような給付提供の一体性と補足性の原理との対立を緩和するため、次のような財政面での対応が行われることになった。すなわち、介護保険は、障害者の労働生活、共同体での生活への統合、教育又は養育を主たる目的とする終日入所施設に入所する要介護者に対して、介護に関連した費用を補填するため、社会扶助の給付主体と施設を設置運営者との合意に基づき取り決められたホーム報酬の10%（ただし、月額256ユーロが上限）³²⁾を負担する。この費用補填を受けることができるのは要介護者本人であるが、それを通じて社会扶助が負担しなければならない費用が軽減される。

この費用補填の導入後も、社会扶助の給付主体が、自らの支出を軽減するため、これらの施設に対して、当該施設又はその一部を介護施設又は介護部門に転換することや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すよう求める動きが見られた³³⁾。このため、2001年に社会扶助法に新たな規定（第40条a）が設けられるなどの対応が行われた。この規定によれば、要介護者である障害者を他の施設に移すことは、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あって、介護金庫、社会扶助の給付主体および施設を設置運営者が合意した場合にのみ可能とされる。また、その際には、当該障害者の希望が考慮される。

この費用補填の対象は、終日入所施設に入所する要介護者に限られるため、障害者のための作業

所のような部分入所施設を利用する要介護者に対しては、部分入所施設における介護に関連する費用についての介護保険からの費用補填は行われず、介護に関連した費用を含めた費用を社会扶助が負担しなければならない。

なお、障害者支援のための入所施設への滞在が継続している間は、介護保険による在宅介護給付に対する請求権は停止するとされている（社会法典第11編第34条第2項）。ただし、この規定は、要介護者が実際にそのような施設に滞在する期間についてのみ適用される。したがって、居宅で生活する要介護者が、障害者支援のための部分入所施設（例えば障害者のための作業所）に通所する場合は、これに加えて在宅介護給付が受けられる。また、障害者支援のための終日入所施設に入所する要介護者が週末を自宅で過ごすようなケースでは、自宅で過ごす時間に応じた在宅介護給付が行われる³⁴⁾。

5. むすび

ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係についての上記の検討を通じて、日本において介護保険の対象を加齢に伴う要介護のリスクから一般的な要介護のリスクへと拡大する場合の論点について、次のように指摘することができる。

(1) 要介護認定

介護保険が一般的な要介護のリスクを対象とする場合、要介護認定は対象者の年齢や要介護の原因である障害等の種類にかかわらず行われる必要がある。このため、特に、低年齢の子供の場合や知的障害者および精神障害者の場合の援助の必要性を要介護認定においてどのように評価するかが問題になると考えられる。

前述のとおり、ドイツの要介護認定においては、これらの者に係る援助の必要性を適切に評価するために、評価の対象とする援助の形態や評価方

法において一定の対応が行われている。しかしながら、現行の仕組みでは、要介護認定において考慮される援助の必要性は、あくまでも具体的な日常生活活動との関連性を有していることが条件となっている。このため、知的障害者、精神障害者、認知症患者の場合には、具体的な日常生活活動と関連しない一般的な見守りや世話が必要であり、特に在宅介護の場合にはそのことが介護に当たる家族等にとって負担となっているにもかかわらず、そのような援助の必要性が要介護認定において考慮されていない。この問題を根本的に解決するために、ドイツでは要介護の概念そのものの見直しが議論となっている。

このことが示すように、要介護認定の対象者を拡大する場合には、具体的な日常生活活動とは直接関連しないものも含めた援助の必要性を要介護認定においてどの範囲まで考慮するのか、また、それをどのような方法により適切かつ公平に評価するかが重要となると考えられる。

(2) 介護給付と社会参加給付との関係

介護保険が一般的な要介護のリスクを対象とする場合、障害者である要介護者に対しては、基本的には、介護給付は介護保険により、また、社会参加給付は障害者福祉施策として行われることになると考えられる。

このような場合であっても、ドイツの例が示すように、具体的な日常生活活動についての援助という意味での「純粋な介護給付」の範囲に含まれるものではなく、その目的および内容においては社会参加給付との間で一定の共通性を有しているものの、介護給付と一体的に行われるべき給付が存在すると考えられる。したがって、このような給付のうち具体的にどのような範囲のものを介護保険の対象とするかが問題となると考えられる。また、その際には、家族が果たす役割との関係も検討されなければならない。

障害者のための施設には、ドイツの障害者支援のための入所施設のように労働生活、社会生活への参加を中心的な目的としながらも、併せて介護給付を行う施設が存在する。このような施設で行われる介護給付については、ドイツの例のように、一体的な給付供与の必要性に配慮して障害者福祉施策の対象にするのか、あるいは、介護保険の対象とするのが検討される必要があると考えられる。さらに、前者の考え方をとる場合には、ドイツの場合のように、介護保険による費用補填を実施するかどうか、併せて検討される必要がある。

いずれにせよ、両給付の関係についてこれらの問題が検討されるに当たっては、財政的な観点だけでなく、給付の受け手となる障害者にとって望ましい給付のあり方が追求されなければならない。

注

- 1) 介護保険以外にも、労災保険などが特定の要介護者に対する介護給付を行っている。
- 2) 個別の給付法としては、社会法典第5編(医療保険)、第6編(年金保険)および第12編(社会扶助)、連邦援護法(Bundesversorgungsgesetz)、連邦教育促進法(Bundesausbildungsförderungsgesetz)などが挙げられる。
- 3) 例えば、社会参加給付の給付主体が障害者の専門的な相談に応じるために各地に共同で設置するサービス所(Servicestelle)や各給付主体間の相互連携などについて規定している。
- 4) ここでいう共同体には、家族、近隣のほか、学校などでの同世代の仲間、教区、スポーツグループなどが含まれる。
- 5) Pöld-Krämer S., Anhang, in : Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 1063.
- 6) 例えば、労働災害を原因とする要介護者には労災保険により、兵役を原因とする要介護者には戦争犠牲者援護により、また、官吏が要介護となった場合にはその雇い主である連邦又は州が、在宅介護および入所介護のための費用の負担や介護手当の支給などを行ってきた。(Vgl. Bundestagdrucksache 12/5256, Begründung, A. Allgemeiner Teil, III. Die derzeitigen Regelungen der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.)
- 7) このような状況に対応するため、介護保険の導入に先立ち、医療保険の給付として在宅の重度要介護者を対象に、家族等が一時的に介護できない場合の代

- 替介護人費用の負担(1989年から)並びに在宅介護現物給付および現金給付(1991年から)が行われた。
- 8) Bundestagdrucksache 12/5256, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I. Die Notwendigkeit der Absicherung des Pflgerisikos.
 - 9) 「相当程度以上の援助」に該当するためには、少なくとも1日1回の基礎介護を必要とするとともに、介護のために必要な時間が平均して1日90分以上であり、そのうち基礎介護のために必要な時間が45分以上でなければならない。
 - 10) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Pflegeversicherung, Schutz für die ganze Familie*, Berlin 2004, S. 14.
 - 11) この障害の定義は、WHO(世界保健機関)におけるICIDH(障害分類)の改正に関する国際的な議論を基礎にしている。(Vgl. Bundestagdrucksache 14/5074, S. 98)このように定義することにより、障害は、ある人の属性としてではなく、社会的な状態として理解される。(Vgl. Schulin B./Igl G., *Sozialrecht*, 7. Aufl., Düsseldorf 2002, S. 444 ff.)
 - 12) 具体的には、それぞれの分野における次の活動が定められている。
 - ① 身体の手入れ
洗淨, シャワー, 入浴, 歯の手入れ, 整髪, 髭剃り, 排便・排尿
 - ② 栄養摂取
食べ物を食べやすくすること, 食べ物の摂取
 - ③ 移動
起床・就寝, 衣服の着脱, 歩行, 起立, 階段の昇降, 家からの外出および帰宅
 - ④ 家事援助
買物, 調理, 住居の清掃, 食器洗淨, 下着および衣服の交換および洗濯, 住居の暖房
 - 13) Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997, D. Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäss SGB XI, 5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, III. Ermittlung des Hilfebedarfs, 6. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen.
 - 14) 連邦社会裁判所(Bundessozialgericht)は、在宅介護の場合の要介護の判定に関して、具体的な日常生活活動と関連しない知的障害者および精神障害者の一般的な見守りおよび世話の必要性は考慮されないと判断を示している。(BSG SozR 3-3000 § 14 Nr. 8; § 15 Nr. 1 und 5)
 - 15) 介護金庫の中央連合会が定めた要介護認定指針(Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997)においては、子供の場合の要介護認定が適切に行われるよう、日常生活活動の種類ごとに、健康な子供の場合には通常その活動が自分でできるようになる年齢が示されている。その年齢以上の健康な子供の場合には、当該日常生活活動について年齢に相応の援助の必要性は想定されない。例えば、排便・排尿についてはこの年齢が6歳とされているので、6歳以上の子供の排便・排尿について必要な援助はすべて追加的な援助に該当することになる。一方、定められた年齢未満の子供の場合には、年齢に相応の援助の必要性と疾病又は障害があることによる追加的な援助の必要性の両方が存在しうるものと考えられる。このような場合の追加的な援助の必要性を適切に把握するため、健康な子供の場合に、身体の手入れ, 栄養摂取および移動の各分野で最大必要となる援助の時間が年齢区分ごとに示されている。
 - 16) Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997, D. Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäss SGB XI, 5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, III. Ermittlung des Hilfebedarfs, 7. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung.
 - 17) 当該要介護者に対して、リハビリテーションの早期実施が必要であり、介護金庫が実施しなければ早期実施が危ぶまれる場合に限り、介護金庫は、リハビリテーションの担当給付主体に連絡の上、例外的、暫定的に自らリハビリテーションを実施することができる。
 - 18) 介護金庫は、このほかにも、介護給付の実施に当たりリハビリテーションの給付主体と協力すること、個々のケースでリハビリテーションの実施が適当な場合にはリハビリテーションの給付主体に連絡することおよび被保険者が行うリハビリテーション給付の申請等を手助けすることとされた。
 - 19) Igl G, *Pflegeversicherung*, in : von Maydell B./Ruland F. (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*, 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 1073.
 - 20) Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Informationsdienst* Nr. 295, Köln 2003, S.14 ff.
 - 21) Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs.1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996, § 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen および Pöld-Krämer S., *Inhalt der Leistung*, in : Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 458による。
 - 22) この対象拡大は、特に施設側にとって重要な意味を持っている。なぜならば、社会的な世話は、介護保険の導入前から入所介護施設が提供するサービスに含

まれていたものであるが、介護保険の給付対象に含まれることにより、社会的な世話のために入所介護施設に生じる費用（特に人件費）が介護報酬の対象に含まれるからである。ただし、算定される介護報酬の額はこの対象拡大の前から給付上限額を大きく上回っており、かつ、この対象拡大に伴う入所介護給付の上限額の引上げは行われなかったため、この対象拡大による施設利用料の増加は、利用者の負担増につながる。それを要介護者又はその家族が負担しきれない場合には、社会扶助による介護扶助の給付を増加させることになる。

- 23) Bundestagdrucksache 13/3696, Begründung, zu Nr. 18.
- 24) Pöld-Krämer S. (Fn. 21), S. 458.
- 25) Ibid., S. 459.
- 26) 統合扶助が障害者の生活にとって重要な意味を持っていることおよび統合扶助のための費用が高額となるケースも少なくないことに鑑み、受給者および扶養義務者の収入および資産の活用については、例外が設けられ、補足性の原理の適用が緩和されている。（Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2. Aufl., Nürnberg 2005, S. 642.）
- 27) 介護保険制度を所管する連邦労働・社会省および介護金庫の中央連合会は、両給付は並列的な関係にあるとの考え方をとった。これに対して、社会扶助の給付主体である地方自治体は、介護保険の給付は統合扶助の給付に優先するので、統合扶助に含まれている介護給付に相当する部分の費用は介護保険により負担されるべきであると主張した。（Vgl. Lachwitz K., *Soziale Pflegeversicherung und Sozialhilfe*, in: Schulin B. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4. Pflegeversicherung*, München 1997, S. 249.）
- 28) ドイツでは、終日ではなく、1日の特定の時間帯のみ利用する施設を部分入所施設として位置づけている。
- 29) リハビリテーション施設、障害者のための居住ホーム（Wohnheim）、作業所などが含まれる。
- 30) Wilde, Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen, in: Hauk K./Noftz W. (Hrsg.), *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, Berlin, Loseblatt, K § 13 S. 26.
- 31) Pöld-Krämer S. (Fn. 21), S. 474.
- 32) この割合は、ホーム報酬に占める介護のための費用の割合を基に定められた。ただし、入所者の高齢化による介護費用の増加が介護保険の負担増につながらないよう、介護保険が補填する費用の最高額が

設けられた。（Ibid., S. 482.）

- 33) Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagdrucksache 15/4125), S. 53.
- 34) Bundessozialgericht, Urteil vom 29.4.1999, B3P 11/98 R.

参考文献

- Bauer F., Zum Verhältnis von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, Heft 6/1998, S.176 ff.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Pflegeversicherung, Schutz für die ganze Familie*, Berlin 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2. Aufl., Nürnberg 2005.
- Castendiek J./Hoffmann G., *Das Recht der behinderten Menschen*, Baden-Baden 2002.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Informationsdienst* Nr. 295, Köln 2003.
- Hauk K./Noftz W. (Hrsg.), *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, Berlin, Loseblatt.
- Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003.
- Kruse J./Reinhard H.-J./Winkler J., *Bundessozialhilfegesetz (BSHG)*, München 2002.
- von Maydell B. / Ruland F. (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*, 3. Aufl., Baden-Baden 2003.
- von Maydell B./Pitschas R./Schulte B., *Behinderung in Asien und Europa im Politik- und Rechtsvergleich*, Baden-Baden 2003.
- Mrozynski P., *SGB IX Teil I Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen*, München 2002.
- Niesel K., *Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht*, München, Loseblatt.
- Schulin B. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4. Pflegeversicherung*, München 1997.
- Schulin B./Agl G., *Sozialrecht*, 7. Aufl., Düsseldorf 2002.
- Udsching P., *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, 2. Aufl., München 2000.

（まつもと・かつあき

国立保健医療科学院福祉サービス部長）