

公的介護保険のもたらすもの

相互扶助へのパラダイム転換

シバタ ヒロシ*
柴田 博*

Key words : 措置制度, 相模扶助, 消費者問題, 選択性, 在宅ケア

I はじめに

わが国の公的介護保険法および施行令は、1997年12月に衆参両院で可決、成立した。2000年4月から、介護保険制度がスタートするが、それに向けて、1999年10月から、要介護認定が始まるので、現在まさに介護保険前夜ともいべき段階である。

介護保険の施行にともなう問題の議論がかまびすしいが、枝葉にとらわれて本質を見失っている感が無きにもあらずである。

ここで、公的介護保険の導入の意義、それにもなつて起こり得る変化、さらに残された諸課題について整理しておくことが必要と思われる。施行を目前にしている現段階にあって、理念や包括的概論を展開することは冗長に過ぎよう。筆者なりの遠近法により、問題を提示してみたい。

高齢社会における労働力保全の視点から介護を社会化しなければならない。また、家族の介護力に依存してきた従来の介護のあり方を介護者の人権の立場から見直す必要があることはすでに多くの識者により指摘されている^{1,2)}。これらの前提の問題に関する繰り返しは避けることにしたい。

II 介護の国際比較—租税か保険か

保健、医療、福祉、年金の上位概念は社会保障であるが、この社会保障の費用負担のシステムは

国によって大きく異なっている。厳密に言えば、社会保障のカテゴリーごとに大きな違いがある。

周知のとおり、北欧諸国では、医療も介護も福祉も租税方式が採られている。反対に、ドイツは、1994年に介護保険法を成立させ、医療も介護も完全な保険システムで行っている³⁾。アメリカはメディケイド⁴⁾により介護は租税方式で行っているが、医療のための公的な保険はなく、健康保険はもっぱら私的なものである。現在3,800万人が何の健康保険にも加入していない。

日本では、1961年に国民皆保険の制度が確立して以来、医療は保険、一方介護は租税方式による「措置」により行われてきた。もっとも、日本の介護保険は半分は掛け金から来るが残りの半分は税によりまかなわれるので、ドイツのように完全な相互扶助ではない。

いずれにせよ、日本において福祉は慈善事業に始まり、資本主義の自由競争に適応し切れない弱者を剰余過価値の一部で救済する税方式を経て、新しい相互扶助（保険）のシステムを採用するに至ったのは画期的なことである。

日本が税方式ではなく保険方式を採用するに至った背景要因として、北欧のような高率の税負担をするほど国民は国家を信頼していないなどのさまざまな分析がある²⁾。ともあれ、中間的な形態にしる、日本は介護を保険で行うことを選択した世界で2番目の国であり、その成り行きは関心の的となっている。オランダの場合は介護にあたるサービスを医療保険の枠組みの中で扱っており⁵⁾、ドイツ、日本のものとは同一視できないであろう。

* 東京都老人総合研究所社会福祉部門
連絡先：〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
東京都老人総合研究所社会福祉部門 柴田 博

Ⅲ 公的介護保険で何が変わるか

介護保険の施行にまつわるさまざまな危惧が指摘されている。認定の事務的処理が間に合うか、認定からもれてもニーズのある要介護者の受け皿の問題も指摘されている。サービスの提供資源の地域差もいわれる。「保険あってサービスなし」の事態は国民皆保険の施行の初期段階にも存在した。措置制度の下にあったオプション（たとえば東京都の特別養護老人ホームにおけるマッサージ）の撤廃によるサービスの低下も心配されている。40～64歳の障害者に対するサービスの低下は必至と考える識者も多い。

以上の危惧はいずれも根拠をもっているし、施行当初にはかなりの混乱も予想される。しかし、そのことにより、介護保険の導入がもつ意義に関する本質的議論の焦点がぼけることがもっとも危険なのである。

介護保険が導入されることのもっとも本質的なことは、介護のシステムが租税という公的扶助から保険という相互扶助へパラダイムチェンジすることである。それにともない要介護者の消費者としての意識が拡大し、自己決定、選択性が尊重され、それに対応するサービス提供のあり方が問われていくのである⁶⁾。

日本の高齢者とくに、障害をもった方々には「お上のお世話になりながら余生を送らせてもらっている」という意識がよい。カナダにしろオーストラリアにせよ、アングロ・サクソン系の特別養護老人ホームを訪れると、しばしば居住者は「We have right to live out (the natural death), 天寿をまっとうする権利をもつ」と語る。

ルースベネディクトは、名著「菊と刀」の中で「西洋の文化は罪の文化であり、日本の文化は恥の文化である」と述べている⁷⁾。介護を受けることを恥とするメンタリティが、日本の高齢者の自殺率の高さの一因となっているであろう。とくに、日本の高齢女性の自殺率の高さは世界有数である⁸⁾。もちろん、日本の高齢者のメンタリティが法律の施行によりすぐ変化するわけではない。しかし、保健民主主義という用語のアナロジーとして、福祉民主主義が語られる基盤をつくる意義は十分大きいであろう。

サービス提供主体が多様化することは間違いな

い。たとえば、要介護者を対象とした有料老人ホームは現在、措置費で経営されている福祉法人に対抗するにはハンディが大き過ぎて、あまり設立されていない。しかし、介護保険が施行されれば、設立母体の性格にかかわらず保険料が支払われるので、かなり有利になるであろう。もちろん、保険料の税負担分の一部は自治体が負担するので、有料老人ホームの設立は自治体の意向に大きな影響を受ける。

サービス提供の自由化・多様化は経済を活性化させることも期待されている。しかし、同時に採算ベースに合わないサービス提供は行われなため、必要なサービスの欠落も起こりうるのである。サービス提供がニーズを充足していなければ、自治体により補充される必要も生ずる。また、介護保険で給付対象となっていない給食サービスなどへの自治体独自の取り組みも必要となる場合もある。このように、自治体の役割は決して小さくなるわけではないことを銘記する必要がある。

Ⅳ 残された課題

1. 評価システム

イギリスでは1990年の「国民保健サービスおよびコミュニティーケア法 (National Health Service and Community Care Act)」により、介護システムが大きく変化したことは周知の通りである。わが国の福祉サービスにあたる社会サービス (Social Service) は地方自治体が提供しているが租税方式を用いている。

わが国の介護保険制度とは財源が異なるが、ここで注目すべきはサービスの購入者と提供を分離して、いわゆる Provider-Purchaser 方式を導入したことである。従来、各種サービスは自治体によって提供されることが多かったが、同法の改革によって自治体をサービスの購入者、そして民間事業者と自治体をサービスの提供者として位置づけた。これは民間事業者の参入による自由競争によって、利用者の選択の幅やサービスの質の向上を狙ったものであり、サッチャー政権の下で行われてきた民間活力の利用という政策に沿ったもので、公的部門と民間部門の活力を利用することからミックス・エコノミーとよばれる⁹⁾。

しかし、イギリスの場合、民間活力を利用する

ための前提としてサービスの購入者と提供者を分離することによって、サービスの質の管理を地方自治体が行えるシステムを整えている。それに対してわが国の介護保険制度の場合、介護支援専門員が要介護認定、ケアプラン作成、そしてサービスの提供まで一人で兼務して行うことさえ考えられ、サービスの質の確保が制度的に保証されておらず大きな課題として残されている。

2. 成功報酬の問題

この問題がもっとも深刻といえるかもしれない。当然のことながら、サービス提供者に支払われる保険料は、障害が重く、介護ニーズが高くなるほど高額になる。そこで問題が起こる。もし、特別養護老人ホームなどで、スタッフの自立支援の努力により入居者の障害が改善したとしよう。ここに2つの問題が生ずる。1つは、他に受け皿がないにもかかわらず、退所しなければならないケースが発生しうることである。2つ目には、支払われる保険料が減額となり、スタッフの給料などが支払えなくなったりすることである。一部の政策学者の間で社会福祉法人の倒産も予測されている。

生活機能の自立支援の意欲を損なうような、健康保険の導入の初期に不必要な検査や治療を行うほど医療機関が経済的に潤ったことにも通ずる問題を構造的に抱えているのである。

評価方法が難しいのでなかなか具体策がまとまらないが、自立支援への努力が報われないのみでなくかえって仇になるような欠点を速やかに克服しなければならない。

3. 在宅ケアの概念の拡大

竹内¹⁰⁾も指摘するように、わが国の在宅ケアの概念は矮小化されている。たとえば、イギリスでは施設は病院のことを意味する。在宅ケアというとき、それは個人宅のみでなく、老人ホームなどの居住施設におけるケアも在宅ケアに入るのである。したがって、老人ホームの地域性が大きな問題となるのである。このような在宅ケアに対する概念の拡大をわが国でも図る必要がある。ニーズを調査してみると、養護老人ホームや軽費老人ホームに対して、在宅介護支援センターや訪問看護ステーションのスタッフやボランティアが自由に出入りしてサポートしなければならない現状であることがよくわかる。

痴呆老人のためのグループホームは、介護保険の給付対象となっており、日中は利用者3人に対し1人の職員の配置が義務付けられている¹¹⁾。職員の専門知識を高める努力は当然であるが、必要に応じて、外からの専門的支援をも受けられるシステムが必要である。

いずれにせよ、来世紀における先進国では、血縁に基づかない大小の高齢者共同生活、すなわち社会的家族ともいえるものがかなり一般化するであろう。高齢者向けサービスつき住宅である。イギリスのシェルタードハウジング、スウェーデンのサービスハウス、アメリカのコングリゲートハウジング、カナダのサテライトホームなどはその例である。規模の大小はあろうが、このような形態の居住者に対するケアをすべて在宅ケアと位置づけていく必要がある。

4. その他の課題

解決すべき問題は他にもたくさんある。認定のアセスメントは全国共通となるが、ケアアセスメント方式として、厚生省が5つの手法を紹介し、その他適切なものの使用も認めている¹²⁾。これを統一すべきか否か大きな問題である。

保険は現物給付のみを採用しているが、現金給与はなしで良いのかも問題である。また、家族介護者の年金や労災問題なども検討すべき課題である。

V おわりに

いかに解決すべき課題が多くとも、税による救済から相互扶助へのパラダイムチェンジを企図している介護保険の意義が失われることはない。介護を相互扶助でという試みの先進国がドイツしかない以上、わが国の試行錯誤は不可避である。技術的問題の繁雑さのゆえに本質的意義を過少評価する誤まりを犯してはならない。

本論文を作成するにあたり、東京都老人総合研究所社会福祉部門の菊地和則氏、政策科学部門の newName 正弥氏の御協力を得た。記して謝意を表す。

(受付 '99. 2. 3)

文 献

- 1) 滝上宗次郎. 福祉は経済を活性化する. 超高齢社会への展望. 勁草書房. 1995.

- 2) 岡本祐三, 監修. 公的介護保険のすべて. 不安なき老後への福祉革命. 朝日カルチャーセンター. 1996.
 - 3) 本沢巳代子. 公的介護保険. ドイツの先例に学ぶ. 日本評論社. 1996.
 - 4) アブラハム・モンク/キャロルコックス著, 村川浩一, 翠川純子, 他共訳. 在宅ケアの国際比較. 欧米7カ国にみる高齢者福祉の新機軸. 中央法規. 1995.
 - 5) 大森正博. オランダの医療・介護制度改革. 海外社会保障情報. No 124 Autumn '98. 28-44.
 - 6) 柴田 博. ニーズを基準にした「総合化」システムの必要性. 大山 博, 嶺 学, 柴田 博, 編. 保健・医療・福祉の総合化を目指して. 全国自治体調査をもとに. 東京. 光生館. 1997: 57-72.
 - 7) ルース・ベネディット, 長谷川松治, 訳. 菊と刀. 日本教養全集. 角川書店 1974; 18: 3-166.
 - 8) 柴田 博. 元気に長生き元気に死のう. 保健同人社. 1994.
 - 9) (財)生活福祉研究機構編. イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント. 中央法規出版. 1998.
 - 10) 竹内孝仁. Takeuchi 実践ケア学. ケアマネジメント. 医歯薬出版株式会社. 1996.
 - 11) 永田久美子. 痴呆性高齢者のグループホーム 厚生省監修. 精神訪問看護研修テキスト. ぎょうせい. 1998; 167-170.
 - 12) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会. 介護支援専門員標準テキスト第1巻. 財団法人長寿社会開発センター. 1998.
-