



慶應義塾大学ビジネス・スクール

高齢社会と介護保険

わが国で高齢者ケアが社会問題化した根本的な理由は、最近の 30 年間におきた次の諸要因がかけ合わさった結果である。それらは、①高齢者数の急激な増加、②その高齢者たちの中でみられる要介護状態発生確率の高さ、③要介護状態になってからの生存期間の長期化、とまとめられるⁱ⁾。①は説明不要であろう。②は、1990 年にすでに高齢者（65 歳以上）年齢に達していた世代の多くが、長寿化など語られなかった時代に青・中年期を過ごしたことに起因するⁱⁱ⁾。そのため、身体面や家事能力、あるいは住宅設備にかかわる準備の大切さを知らなかったと言ってよい。③はまさに医学などの進歩の成果が生む逆説である。

くわえて、社会システムの構築が要介護高齢者数の増加に追いつかなかったので、いくつかの過渡的現象が生じ、問題を悪化させてきた。最大の障害は、ケアに対するニーズが家庭の中にとどまり、外部に表れにくかった点に起因する。顕在化しなかった理由は 3 つに分けられる。第 1 は、サービス提供に関する家族ケア幻想であるⁱⁱⁱ⁾。第 2 に、ケア・サービスを購入する際の自由市場料金の高さ、第 3 に将来にわたる費用の総額が不確実ゆえの不安感を指摘できる。特に 3 番目の理由のため、ニーズがあっても支出を躊躇してしまふケースがほとんどであったと思われる。

ゆえに、新たな社会的な仕組みの整備が必要と考えられるようになった。仕組みには様々な方法が可能であるが、わが国は 2000 年 4 月から公的介護保険を創設する道を選んだ。介護保険制度の意義は、介護サービス利用費用の 9 割を保険給付することによって生活の安心感を確保する点にある。くわえて、サービス提供面においては、株式会社を含むさまざまな供給主体による競争メカニズムを活用し、顧客志向の新しい福祉を構築する方向が目指されている（制度の内容については別添の厚生省資料参照）。

このケースは慶應義塾大学ビジネス・スクール田中滋教授がクラス討議の資料として作成した。

著作権©1999 は慶應義塾大学ビジネス・スクールに帰属する。

(1999 年 7 月)

介護保険施行に対する賛否両論

住民の声

しかし、介護保険施行延期論も珍しくない。たとえば1999年5月30日付朝日新聞朝刊「声」欄には、千葉県館山市の71歳男性から寄せられた投書が掲載されている。

介護保険制度の法律が通った時、自分もいつお世話になるか分からないし、助け合いになるのだからと、しぶしぶ自分を納得させた。納得するもしないも強制加入であり、少ない年金から天引きされるのに。ところがここへきて、そのでたらめさが明らかにになってきた。

最初は月額二千五百円といわれた介護保険料が、三千円弱と訂正された。厚生省のエリートたちの計算に誤りがあるはずはなく、これは明らかに国民をだまし、法案を通すテクニックだと思った。そして自民党は、月三千円を超える自治体の保険料は、超える分については国が肩代わりすると、きたもんだ。それも地域振興券と同様、一年限りのアメとなるらしい。

そもそも保険制度は、弱者を助けることが大きな目的ではなかったか。介護サービスが劣悪な自治体住民の税金が、サービスが優れている自治体住民の介護に使われることにもなり、大きな不公平になることは幼児でも分かることだ。このように実施前から、いじくり回した制度が大きく育つわけではない。

国民が何を求めているか、じっくり吸い上げる時間として一年程度、介護保険制度は実施を延期すべきだ。また、自治体のバラツキも出来るだけ少なくしてから、国民に提出してもらいたいものだ。

同じ欄への投書では、6月22日にも広島県福山市在住の64歳男性から、介護保険に対し次のような不安が示されている。

私は来年の五月に六十五歳になる。四月から実施が予定されている、介護保険制度の介護サービスが受けられる年齢だ。この制度が発表されたとき、私は「これで安心して老後が暮らせる」と思ったものだ。

私たち夫婦には息子が一人いるが、東京に住んでいる。お互い、夫婦で面倒を見合うことができる間はよいが、一人になったときのことを考えると、とても不安になる。

私の母も、私たち夫婦が今住んでいる私の生家で、一人暮らしを十数年間していた。当時、大阪に住んでいた私たち夫婦には、季節の変わり目など心配であった。介護保険制度によって、私は、東京の息子夫婦も少しは気が楽になるのではないかと思った。

また、私たち夫婦も、いざというときは介護サービスが受けられるという安心感が、毎日の暮らしを明るくしてくれると思った。だが、その後、次々と報道される内容を知るにつけ、その期待は薄らいできた。

まず、生涯払い続けなければならない保険料。その上、サービスを利用した場合の割負担。多くの問題が指摘されている認定基準に、サービスを提供する基盤整備の遅れ。「保険あって介護なし」。不安がつきまとうのだが……。

一方、千葉県松戸市の 59 歳主婦による意見に代表される、介護保険実施賛成論も数多く見られる（6月28日付「声」欄）。

介護保険制度の実施を遅くすべきだとの意見が紙上にしばしば見られるが、この制度の本来の目的は、長い年月、家庭やホームにゆだねられてきた病気の老人たちや、その介護者（殊に嫁や娘・息子たち）に社会の目を向けさせ、介護に社会がかかわっていかうということではなかったか。

老人が多くなって政府も放っておけなくなったという理由もあるが、もう一家庭内だけで一人、二人の老人をみていく時代ではないのかも知れません。要介護者、要支援者、その家族を地域単位で連携して、みていかなければならなくなっているのではないのでしょうか。福祉の進んでいる西欧諸国に比べれば、日本もようやくと、ため息が出るほど遅い実施なのです。

実施においては、適切な認定と、サービスの平等と公平性を切に望むが、保険制度であるからには、受けることばかり望んでも不平不満の元である。相互扶助であるので、介護を受けないで済む幸せも考えるべきである。また、病気や痴ほうにならないための保健の方にも予算を多く取るべきで、むしろスムーズな運営をするには、こちらの方が重要であるはずだ。

実施前から諸問題が噴き出し、関係者は大変ですが、とにかく実施してみなければ、問題の本質も見えてこないのではないかと思います。予定通りの実施を切に望みます。

政局の動き

政治家もまた制度施行への賛否両サイドに分かれている。自民党の加藤紘一前幹事長は6月5日、宮城県で講演し、「施行延期を考えるべきでない。地域ではいろいろな準備が進んでいる。予定通り実施しないとかえって混乱する」との見解を示した。また民主党の菅直人代表、自民党の小泉純一郎代議士の両厚相経験者は、6月6日のテレビ朝日報道番組でそろって「予定通りに来年4月に実施を」と強調した。6月7日付朝日新聞朝刊は以下のように報じている。

小泉氏は、自民党内で選挙への影響を懸念して介護保険を見直そうとする動きがあることについて「選挙の前は負担のことは言わない方がいい、恩恵だけ与えるようでないで選挙に勝てないと思ってる人が、かなりいる。はっきり言うと、うそつきだ」と、自分の党を批判した。自由党の小沢一郎党首が見直しに言及したことに関しても「自由党は税でやれと言いながら、連立政権発足時に消費税を（いったん）ゼロにしろと言ってる。支離滅裂だ」とし、一方で「そういう点で民主党はしっかりしている」と菅氏を持ち上げた。菅氏は「制度をつくることで改善し、さらによくしていけばいい。雇用や消費に対するプラス効果もある」と述べ、保険料負担ばかりが取りざたされることへの不満を漏らした。

他方、野田自治相（自由党）は閣内にありながら反対意見を表明してきた。6月28日の閣議後の記者会見で、野田氏は「政府は0.5%の経済成長を内外に公約している。介護保険料が引き上げにでもなれば、逆効果になる。保険施行は経済回復のシナリオに乗ったことを確認してからでいいのではないか」と述べて波紋を呼んだ。これに対し、小淵恵三首相は同日、「政府としては、2001年4月の実施に向けて着実に進める」と、予定通りの施行を目指す考えを強調した。

7月15日の衆議院予算委員会では、自民、自由、公明3党の間に存在する介護保険財源論の違いを問う民主党議員の質問に対し、小淵首相、宮下厚生相、野田自治相の答弁が一致しない事態が生じてしまった。これは、連立政権与党間の政策のズレ…自由党は介護財源の税方式への変更を主張し、公明党は保険給付を在宅サービスのみにとどめ、施設サービスについては現行の措置制度を維持する折衷案を提案している…が背景にある。宮下厚生相が法律に定められた通りの実施を断言したにもかかわらず、首相は前月末と異なり3党でいずれ協議を改めて行う含みをもたせた考えを示し、さらに自治相は早急に財源のあり方を検討し直すとの考えを表明した。野中官房長官も、同日の記者会見で介護財源

をめぐる3党間の協議を示唆している。

藤井自由党幹事長は委員会終了後、厚相答弁は連立の政策の根幹に反すると自民党の森幹事長に抗議を申し入れた。また野田自治相は閣議で年金改革法案へのサインを拒否する行動に出た。その結果、翌16日の委員会において宮下厚生相は、「与党間における協議を経て誠実に対応したい」と事実上前日の答弁を修正させられるにいたった。

福祉思想の哲学

こうした政局論議をふまえつつ介護保険を構成する各サブシステムを検討する前に、改めて介護をめぐる社会システムの根底にある福祉思想の哲学を探ってみよう。

「福祉＝弱者保護」観

福祉に対する旧来の考え方は、一般に「弱者保護」の発想に基づいている。その最も古い形態としては、古代以来、慈善・慈恵・慈悲などの言葉があてはまる活動が、時の権力者あるいは富裕階層や宗教者によって行われてきた。日本では厩戸皇子や光明皇后によって創られたと言われる「悲田院」が早い時期の記録である。こうした活動は、被支配層が陥った悲惨な状態に対する憐れみが原動力となっているとみなしてよい。

下って19世紀、主に都会の貧しい労働者の問題として資本主義経済の病理が意識されるようになると、英国でもドイツでも、時の体制を維持するために国家の側が改良的な施策を導入した。イギリス工場法、およびビスマルクが設立した社会保険制度などが代表である。これらの施策を、「弱者にも最低限の生活を保障する社会政策」と呼ぶと何となくもっともらしく聞こえるが、要は貧困層の暴発的蜂起の防止を目的とする社会装置と理解すべきである。「貧しさに喘ぐ人々は左翼・右翼の暴力革命思想や狂信的宗教による破壊活動の温床に引きずられがちだ」と支配する側の階層が危惧したからに他ならない。わが国においても今世紀初頭に工場法が制定されている。ちなみに、日本の健康保険制度の源もこうした社会政策にある。

一方、今世紀前半から中頃にかけて、人権思想が各国に広まっていく。ただし、人権が侵害される理由は、性差別や政治的抑圧などにかぎられない。1950年代までのわが国においては、「基本的人権を守れぬ事態の最大要因」は貧困であった。だから社会福祉制度を整備し、貧困のせいで人々の人権が損ねられる状態を何とか防ごうとする制度構築が図られた。こうし

た状況の下でできあがっていった社会福祉制度の受給対象になるためには、やむをえないとはいえ、きわめて選別的な条件が求められた。より正確には逆選別主義である。すなわち、所得と資産が少ない、経済力が弱いことが受給条件とされた。つまりここでの「社会福祉」は、依然として経済的弱者のための福祉にかぎられていた。公権力による強制措置を通じ、貧困で人権が守れないような事態にいたる人たちを救う、いわば「恩恵による配給」と表せる。

旧来の社会福祉制度の「お世話になる」ためには、一般に自分の所得と資産を明らかにしなくてはならない。身内との関係のプライバシーまで尋ねられる。特別養護老人ホーム（介護保険では「介護福祉施設」）などへの入居も、行政権限で措置され、これまで原則として行き先は自分では選べなかった。サービス供給者の側も、措置制度の下では、資本費の75%を公的に支給される代わり、微に入り細に入り規定された業務を果たすしかなく、利用者の便宜を図って規定を超えたサービスを提供しようとすれば、大体のところ当局にしかられ、時によっては支給金額を減らされてしまうケースさえみられた。何より、「経済的弱者を選んで救済しているのだから、供給者もその業務から利益をあげることを目的としてはならない」と当然考えられてきた。

「福祉＝社会的連帯」観

一方、福祉に対する第二の考え方は基本的に社会連帯の思想をもつ。連帯とは、必要な時には互いが互いを支え合うという意味である。日本では戦後の医療保険制度が典型例で、皆保険体制の実現にあたっては、結核や日本脳炎などの古典的感染症が所得階層を超えた問題であった時代背景が存在した。その特徴は互恵のための普遍主義、つまり住民だれもが経済力によらず制度による保障の対象となることである。ただし、私的な保険と違い、社会連帯の制度なので、リスク比例の保険料はなじまない。その代わり、各人が経済的に貢献できる力に比例した保険料を納める設計となっている。サービス提供者たる医療機関も資本を自己責任で調達しなければならない。

一方、医療と比べ、要介護ニーズに対する社会保障制度の整備の遅れは、1990年代に入ってからようやく広く意識されるようになった。3種類の例外…私的介護サービスを購入できるほんの一握りの高所得層、社会福祉制度の適用対象となる一部の低所得者、および医療機関によるサービスを受ける一定割合の高齢者…を除き、基本的には家族が介護を担ってきた。そもそも長期にわたる介護ニーズの発生的一般化が1960年代以降のごく新しい社会現象であったため、介護が生活ケアの延長と誤解されたせいもある。また、訓練を積んだ医師等の専門家の助けや医薬品等が必要なケースがほとんどである病気と違っ

て、ニーズがはっきり市場や社会に出なかったからである。

新しい理念「自立支援」

こうした状態がもたらす不安感や老夫婦共倒れ、あるいは老人虐待などを解消し、さらに介護を担当する家族を苦境から救うべく行われたさまざまな努力を通じ、いつしか関係者はより進んだ福祉の理念…「自立支援」…を共有するようになった。この理念をより広く解釈し、「すべての人はできうるかぎり『尊厳ある自立』を求める権利を有する」と理解すれば、実は全住民が対象に含まれるより根源的な社会思想となる。とはいえ、すべての人が支援なしに自立できるわけではない。21世紀には、長期・短期のハンディキャップを負った住民に対する連帯感の濃淡こそ、本当の意味で地域ごとの住みやすさのレベルを表わすとみなしてよい。

住みやすさをめぐっては、ノーマライゼーションと称される考え方がある。分かりやすく表わすと、自立を「社会生活への参加」と捉えた上で、「何らかの事情で社会参加が難しい人々も、しかるべき支援によって対等の条件に立てる世の中を目指すべきだ」とまとめられる。当然、ハンディキャップにかかわる規定については、年齢や障害、怪我や病氣中などの外的基準による分類ではなく、社会参加をめぐる制約が重視される。したがって、心身に障害をもつ児童はもちろん、病者および要介護高齢者は「ハンディキャップをもつ人」である。さらに、妊娠中の女性、乳幼児を連れた年長者、そして要介護者や病者をかかえる人は、健康でもハンディ概念にあてはまる。

こうした人々の受ける制約を緩めようとする支援体制は、決して自由放任では実現しない。それは、「介護分野には…医療と異なり…法による業務独占規定もなく、かつ参入も価格も自由であったにもかかわらず、要介護高齢者の多くが、たとえ年金や資産を十分にもっている（支払能力があっても）、介護保険以前にはほとんど社会的には放置されていた実態を省みれば明らかである。コミュニティにおける利用しやすい介護サービスの提供は、まさに自立を支援するための最重要手段に他ならず、ゆえに介護保険は人権を守るために不可欠の社会的制度と位置づけられる。

介護保険がもつ特徴

65歳以上の高齢者も連帯への参加者と位置づけられるから、年金を含めた収入に比例した保険料を支払うようになる（1号被保険者）。これは権利性の確保に大きく貢献する。介護と明示した保険料を徴収されるようになれば、高齢者は要介護時のサービス受給に対し当然の権利意識をもつだろう。さらにケア体制の整備にも厳しい監視の目を向けていく

はずである。つまり厚生省と自治体に明示的な責任を負わせた意義は大きい。

また、自立というコンセプトを基礎におく以上、「要介護状態にはいたらないものの日常生活能力が低下した高齢者（要支援者）」への予防給付が導入される。また連帯の仕組みなので、40歳以上65歳未満の2号被保険者が納める保険料は全国ベースでプールされ、保険者たる自治体が直接左右できぬ経済力格差（住民の高齢化率と後期高齢者比率および所得水準）を平準化するために配分される。つまり自治体ごとの保険料格差は、主にサービスの整備状況を反映することになる。市町村によっては低い保険料試算にとどまる理由は、介護サービス提供体制が遅れているためである。逆に言えば、1号被保険者はサービス提供体制に応じた保険料しか賦課されない仕組みとなっている。ただし、保険料が高くなる原因が在宅介護サービスの充実なら好ましい事態だが、施設…取り分け療養型病床群…が多すぎるがゆえに高い保険料となるケースは問題を含むと考えられる。

消費者がサービス提供者を選択できる点も長所としてあげられる。介護保険下では、自治体も公社も社会福祉協議会も、医療機関も社会福祉法人も、株式会社も生活協同組合も農業協同組合も、さらには生活クラブも、すべて同じ報酬体系の上で競い合う世界が出現する。給付範囲の介護サービス代金の9割を保険制度が支払うところは普通の市場と異なるが、顧客満足を図れる供給者が消費者に選ばれるという点については、まさに市場競争と呼んでもおかしくない。また医療とは違い、保険給付額以上のサービス量の購入も自由である。

介護保険保障制度がきちんと機能すれば、「保障制度によって支えられつつも自立した消費者」が対象となるので、障害者、高齢者相手の事業の多くも、社会的仕組みが有効にワークするかぎり、通常のビジネスと同様に、公正な利益を追求してよい。そして、技術革新の工夫こそ、競争上の優位を与える鍵となっていくだろう。

介護保険制度を構成するサブシステムをめぐる問題点

介護報酬

ただし、現実の介護保険の中身は、まだ市場的取引にかかわる考え方が弱いといわざるをえない。医療保険福祉審議会で論じられてきた業者の許可基準、指定基準、運営基準をみると、マーケット・メカニズムを機能させる基準というよりは、むしろ措置の世界に近い諸規定の色彩が濃い。措置は、サービスを受ける側と同じように、提供側をも

縛ってきた。そして介護保険下でも、供給側に対しては、少なくとも当初は「措置が強制的誘導に変わる」程度かもしれない。それは、旧来のシステムの下での細分化された規定を反映し、こと細かい、いわずもがなの“役所的”ルールが持ち込まれるためである。

同様に、保険からの介護報酬も、設計の方向を誤ると、非効率さが残る「現行の介護サービス提供方法に対する費用補填」になりかねない。実態からの積み上げがなくては介護報酬を設定しにくいことは理解できるが、それでも「今後どう技術進歩を取り入れていくか」にかかわる柔軟さを含めておかないと、報酬のあり方自体が革新への制約になってしまう。特に、事業者が技術進歩やクオリティを目指した時に「得をする」インセンティブは重要である。「これこれの条件は守らなくてはいけない」マイナスのインセンティブは当然としても、「技術革新に成功すると利益がある」という、市場経済のもっている一番の利点を活用する方法はこれからの課題だろう。

新しい制度を設計するにあたり、「現在のシステムの下でのコストを把握し、費用を補填する報酬を決める。また運営基準も、決して今より質が悪くならぬよう細かく書き込んだ」厚生省の配慮もわかる。とはいえ、監督者としての自治体の役割は、「質の低い事業者の出現に対する歯止め」に徹するべきである。一定水準を超えた事業者が、顧客志向の工夫を行い、新たな技術を導入する努力を妨げてはならない。別な言い方をすれば、定められた水準が守られているかぎり、経営やサービス提供の方法を「指導」する必要はない。この点は、措置の世界における事業者の扱いと、マーケット・メカニズムとは大きく違ってくる。

消費者の代理人＝介護支援専門員（ケアマネジャー）

次に、ケアマネジメント、介護保険制度では介護支援専門員と呼ばれる人々の果たす業務の意義を指摘したい。介護保険の定める報酬が適用される保険給付範囲内のサービスと、自由価格である上乗せないし横出しサービスをセットにしてケアプランを設計し、合わせて資金計画面では介護保険制度からの給付と自分の裁量で支出する資金、さらに自治体独自の給付を組み合わせる作業を考えてみよう。要介護の高齢者およびその家族が、こうした過程を簡単に自前でこなせるものではなかろう。したがって、訓練を経た、公正な代理人による支援が不可欠となる。その意味で、介護支援専門員（ケアマネジャー）を介護保険の運営に詳しいだけの「制度の代理人」にしてしまわぬよう注意が肝要である。介護支援専門員には、消費者の購買力と満足感を考慮しつつ、自立支援の介護計画を作成し、その実現を図る優れた能力と公正さが要求される。

介護保険制度が公平性を重視するあまり、「介護支援専門員は特定の事業者を推薦してならない」とも読める基準になっている点にも危惧が残る。「エージェントによる推薦が不公正になってはいけない」との心配はやむをえないにしても、消費者は本来、どの供給者が自分にとって適しているかを知りたいはずである。

介護保険ができ上がって事業者がいろいろ参入すれば、当然さまざまなサービス方法が工夫されると思われる。利用者の希望によらず「このプラン、あの事業者がいい」と押し付ける介護支援専門員を認めてはならない。しかし、利用者や家族の希望を聞き、「その要望にマッチするのはこの事業者のこうしたサービスです」と薦める発言は、むしろ求められる内容ではなかろうか。公正中立とは、「推薦を禁ずる」ととるべきではなく、利用者の要望を斟酌し、客観的に判断した結果なら、推薦はむしろ必要であろう。

介護保険料格差調整案

介護保険法によれば、1号被保険者の保険料は次のようにして計算される。まず、それぞれの市区町村で制度開始の2000年度に必要なサービス量を要介護度別の人数予測から推計し、その中で居宅サービス利用を望む要介護者数を推し量る。次に需要に対してどれくらいのサービス基盤が整備されるかにかかわる基盤整備率を算出する。施設サービスに関しても、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療施設（療養型病床群等）の種類別利用者数を想定する。これにより、サービスの総費用見込みが計算できる。他方、利用者が支払う一割負担と施設における食費負担を合わせた割合は12%程度との想定なので、総費用の約88%が保険給付金額となる。

今度はその保険給付金額を100%とすれば、50%は国・都道府県・市長村が負担する公費と定められ、残りの50%を保険料で賄う。その50%のうち33%を2号被保険者の保険料、17%を65歳以上で受け持つ。33%対17%、約2対1の比率は、両者の人口の全国平均に他ならない。すなわち、国全体で見れば、勤労世代と高齢者の一人割り負担金額は同じである。市町村は、保険給付見込み額の17%を地元の65歳以上人口で割れば、その自治体における平均保険料を割り出せる。

ところで1999年5月、政府・自民党は、1号被保険者が負担する介護保険料のうち、月3,000円をめどに、超過する分を国庫（地方税交付金）で肩代わりする方向での検討を行う旨を表明した。市町村によって、保険料に格差が生じる見通しのため、保険料が全国平均を上回る市町村の住民負担を軽くし、制度導入への反発を避けるためである。しかし、国庫による肩代わりによって、保険料の地域格差は是正されるものの、受益と負担のバランスに地域格差が生じてしまうことは明らかであろう。

こうした事態をみて、東京都渋谷区在住の 72 歳男性は下記のような意見を寄せている（5月23日付朝日新聞朝刊「声」欄）。

介護保険料のうち、月額三千円を超える部分を「国庫で肩代わりする方向で検討」との二十日の朝刊を見て、あきれてものも言えない思いです。

介護保険事業計画策定のため住民の立場から意見を反映させようと努力してきた私たち委員、それにもまして一日も早く介護の社会的支援を待ち望んできた「老老介護」で疲労こんぱいしている人たち、これまで厚生省の度重なる変更につきずり回されて労苦の絶えない市区町村の職員のことを思うと、政府と自民党が選挙での敗北を恐れ、その対策のために、全く整合性のない場当たりの方針を出したことに怒りを覚えます。

高齢者の比率が高く、かつ、サービスが手厚い市区町村の保険料が高くなるのは当然のことで、あらかじめ分かっていたことです。全国一律でない制度を実施する以上、保険料の上限を設けて、一定額以上を税で負担したら、保険制度としては根底から崩壊します。国民に不公平感を抱かせることも必至で、禍根を残します。

ここに至っては、介護保険法の実施を凍結して国民的討議をやり直し、これまでに出ている各種、各階層の意見をくみ上げて再度、法案を作り直すことが最善です。どうしても、それが出来ないというなら、国の負担を二倍に引き上げなさい。そうすれば、すべての市区町村は試算保険料の半額で実施出来ます。これが次善の策です。

今回の政府・自民党の方針には、怒りをこめて抗議します。

要介護度認定

介護保険制度から個々の要介護者が受けられる保険給付金額は、厚生省が告示した6段階の基準（要介護認定基準）によって定まる。居宅の場合、要支援者（介護を必要とするほど状態が悪くはないが、何らかの支援が望ましい人）への給付枠月額5万円を別にすると、最も軽い要介護度1の15万円程度から、最も重い要介護度5の対象者に給付される枠の35万円程度という金額である。施設サービス利用者に対しては、施設種別ごとの介護報酬体系に応じた給付額が適用される。

なお介護度認定額は、介護に要する手間に応じて必要サービス時間を計算するとの考え方にたっている。そのため、寝たきり度が進むとかえって必要介護時間が短くなる場合もある。また、家族構成や収入などは考慮されない。

認定作業は 1999 年 10 月から各市町村において始められる。

家族介護に対する現金給付

家族介護への現金給付は、介護保険法の構想段階から最大の論点の一つであり、医療保険福祉審議会でも激しい議論が交わされてきた。自治体側の委員からは「家族による介護も適正に評価すべきだ」と肯定する意見が多かったが、主流は「女性、取り分け嫁が介護に縛られてしまう」として強く反対してきた。同審議会が 1999 年 3 月にまとめた介護保険制度の運営基準に関する答申でも、家族ヘルパーについては「引き続き検討する」として結論を先送りしていた。

一方、5 月末になって、「厚生省は家族による介護への現金給付を認める方針を固めた」との報道が一部にみられた。理由は、過疎地域では在宅介護サービスの提供に必要なヘルパー数を確保できないケースも多く、制度が発足しても円滑に機能しないとの懸念が強いためである。ただし、介護サービスの質を確保するため、家族介護者が研修を受けてヘルパーの資格を取得し、社会福祉協議会など地元住民参加型の組織に登録した上で家族を介護する場合には、各市町村の判断で保険の給付対象に含めるという手続きが示されている。また一般のサービスと区別し、外部の人による介護サービス計画の作成を義務づけ、身体介護に限定し（家事援助は認めない）、ヘルパーとしての活動は半分以上を家族以外へのサービスに充てる、などの条件が取り沙汰されている。

しかし、家族への現金給付導入については、制度の公正さの観点から疑問を示す向きが多い。

いまだに一部では「核家族化と女性の社会的進出のために高齢者が放置されるようになったことが介護問題の主因」という見解が語られる。そうした人達が取り上げる数値によれば、「高齢者との同居率が 50 年前の 8 割から 57%に低下した核家族化がすなわち老人放棄の証拠だ」となる。しかしこの論旨は統計的には誤っている。1950 年、日本の人口は 8,500 万、65 歳以上人口は 5%であり、その 5%の中の 8 割が子供と一緒に住んでいた。だから中年世代と一緒に住んでいた高年世代の人口の数は、わずかに 340 万人であった。

1999 年には、人口は 1 億 2,700 万人、高齢化率は 15%を超えており、高齢者の 6 割弱が子供と同居していた。掛け算をするとわかるように、中年世代の方から見れば、1,100 万人以上の高齢者と一緒に住んでいた。つまり、この半世紀年の間に、日本の家族は 3 倍以上の数の高齢者と同居するようになったことが統計から読み取れる。

■この点は1930年以降に生まれた世代とは事情が大きく異なっている。この世代は、長寿に備えるに足る時間と情報を与えられているからである。

■末期（まっご）の看取り、一般的な看病、3世代同居での家事援助などと、長期にわたる介護との混同である。「前者がこなせるなら、後者もできるはず」との誤解とみなしてよい。また、「3世代同居が減ってきたことが介護問題を発生させた」といった論理の飛躍にもつながりやすい。

sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample
sample sample sample sample

不 許 複 製
慶應義塾大学ビジネス・スクール
