

## 欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策

新井, 光吉  
九州大学大学院経済学研究院 : 教授

<https://doi.org/10.15017/4362376>

---

出版情報 : 経済学研究. 67 (1), pp.53-94, 2000-10-30. 九州大学経済学会  
バージョン :  
権利関係 :

# 欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策

新 井 光 吉

はじめに

I 日本の社会保障政策

II 高齢化社会の到来

III 欧米諸国の高齢者ケア政策

IV 日本の介護保険

むすび

はじめに

中国の詩人が「人生七十年、古来稀なり」と蜉蝣のように儂い人生を嘆いたのも今や昔の事となりつつある。本来であれば目出度かるべき長寿社会の出現も国家の将来を危うくする一大問題とさえ見なされるようになってきている。本稿は戦後日本の社会保障政策の中で、高齢者介護がどのように扱われてきたかを検証することを目的としている。また、高齢者介護における欧米諸国の実態や日本の地方自治体による先駆的な試みを取り上げながら、2000年4月に実施されて間もない日本の介護保険制度を分析し、その不備を改善して行く上で必要と思われるヒントを得たいと考えている。

さて、国連は各国の高齢化率（全人口に占める65歳以上人口の比率）が7%に達した場合に高齢化社会、14%を超えた場合には高齢社会と呼ぶものと定義をしている。日本では、高齢化率は1970年に7%を超え、94年には14%に達

し、98年9月現在16.2%と世界でもトップクラスの高齢社会となっている。むろん、高齢化率は今後も急速に上昇し、2025年に27.4%、2050年には32.3%に達するといわれている。現下の出生率低下傾向が少子化に拍車を掛ければ、高齢化率は更に高くなる。しかも、高齢者単独所帯の激増（1990～2010年に162万世帯から463万世帯に増加すると推定）は家族機能を低下させ、公的介護ニーズを著しく増加させるものと思われる<sup>1)</sup>。

厚生省の調査では、日本の高齢者は1998年に2,062万人に達し、このうち100万人が在宅要介護者（うち31.6万人が寝たきり老人）であると推定されている。しかも、85歳以上の高齢者では3割が痴呆症に罹っており、日本の高齢者問題は甚だ深刻な状況に陥っているといってい

---

1) 大野吉輝「社会保障の課題と将来」『週刊社会保障』No.1999, 1998年8月3-10日6頁。2015年に高齢人口はほぼ横ばいになるが、少子化によって高齢化率は更に高まる。

もちろん、これに対処するために1997年12月に介護保険法が制定され、2000年4月に実施されることになった。高齢者は医療保険と年金のみでは老後生活の保障を得られず、新たに介護の保障も必要とするようになったのである<sup>2)</sup>。しかし介護保険の導入は年金や医療の在り方に対しても大きな影響を及ぼすことになった。というのも、年金(所得)、医療、介護は現代の老後生活を脅かす三大不安要因でもあり、もし介護サービスが社会的制度として確立しておれば、年金や預貯金も必要性がそれだけ減少し、介護サービスの不足に伴う社会的入院も激減するものと考えられるからである。介護保険導入の背景には老人医療費の高騰があり、高齢者ケアを介護に転嫁して抑制したいという政府の思惑もあったといわれる。このようにして医療保障も質的な変化を被らざるを得ず、年金をも含めた高齢者生活保障制度の再構築が促されることになるであろう。

## I 日本の社会保障政策

### [1] 高度成長と皆保険・皆年金

日本の社会保障は戦前にドイツ型社会保険をモデルとして出発し、戦後初期の生活保護中心時代(1950年、生活保護費が厚生省予算の46%)を経て、1961年の国民皆保険・皆年金の整備を契機に社会保険中心の時代へと移行した。国民皆保険・皆年金制度は従来医療保険や年金保険の適用外に置かれていた非サラリーマン層(農林水産業者や自営業者等)を社会保険に積極的に取り込み、全国民を網羅する制度として

1961年に整備されたのである<sup>3)</sup>。これは日本の社会保険制度が職域中心のドイツ型から普遍主義的なイギリス型へと修正されたことを意味していた。ドイツ型社会保険は保険料を主財源とする所得比例的な給付構造を持つ被用者中心の制度であり、非サラリーマン層(農林水産業者や自営業者など)は任意加入か低い給付水準の下に置かれていた<sup>4)</sup>。これに対してイギリス型は租税を財源とする全住民対象の均一給付制度という特徴を持っていたのである。

日本の年金制度は医療保険よりも遅れて整備されたが、導入後はむしろ急速に膨張して社会保障の中心的な制度になった。しかも、日本独自ともいえるのは国が政府管掌健康保険、国民年金、厚生年金などで自ら保険者になっている点である。こうして日本の社会保障制度は高度成長期を通じて社会保険を中心としながら、同時に国庫負担主導型に基づいて拡充されることになった。すべての国民は1961年の国民皆保険・皆年金制度の整備によって病気に罹った場合の医療や老後の所得を保障されることになった。ともあれ、この時期に日本の社会保障制度の根幹をなす国民皆保険・皆年金制度が国民の健康維持と老後生活の安定を保障する制度として確立された意義は非常に大きかったとい

2) 岡本祐三他『福祉は投資である』日本評論社1996年 59-60頁。

3) 昭和30年代初頭には農業・自営業従事者や零細企業従業員を中心に国民の $\frac{1}{3}$ (約3,000万人)が医療保険の適用を受けない無保険者であり、いったん傷病になると収入の減少や医療費支払いの増加に見舞われ、生活保護の対象になることが多かった。戦後、家族の扶養能力が低下する状況下で、自営業者や農業者など被用者年金の対象とならない人々が老後の生活不安に陥り、年金制度の充実が不可欠となった(『厚生白書』平成11年版18頁)。

4) ドイツの医療保険は一定所得を超える職員や自営業者を任意加入とし、年金保険はサラリーマンの妻等に加入権を認めておらず、皆年金・皆保険制度が実現されていない(広井良典『日本の社会保障』岩波文庫、1999年39頁、石本忠義『世界の医療保障制度』勁草書房1982年2頁)。

えよう。

さて、日本は1955～1973年の高度成長期を経て「三種の神器」や「3C」などの消費ブームに象徴される生活水準の向上を達成すると同時に、欧米先進国に追隨して福祉国家の実現に努めた。というのも、急速な経済発展は産業構造の転換を通じて社会や家族の構造を変化させ、社会保障に対する新たなニーズを作り出したからである。産業構造の転換、農村から大都市地域への大規模な人口移動に伴う過疎・過密、無医村・無医地区、経済成長の歪みに伴う貧困、公害・自然破壊、上下水道や尿・廃棄物処理施設などの社会資本不足など様々な社会問題が相次いで噴出した。特に1970年には日本の高齢化率が7%に達して高齢化社会に突入し、1972年には老人性痴呆の実態と介護に当たる家族の悲惨を描いた有吉佐和子著『恍惚の人』がベストセラーとなった。こうして1970年代には社会福祉問題が大きな社会的関心を集めることになったのである。

## [2] 福祉元年

日本の社会保障制度は1970年代初頭頃までにはほぼ体系が整ったが、1973年には70歳以上の高齢者医療費負担を無料化する老人医療費支給制度が創設された。また医療保険では健康保険の被扶養者に対する給付率引上げや高額療養費制度の導入、年金では給付水準の大幅引上げや物価スライド・賃金スライドの導入等が実現され、「福祉元年」とも呼ばれる福祉拡充期を迎えた。こうして公的年金は国民の老後所得保障の中核的な制度となったのである。

むしろ、社会保障制度の拡充に伴って社会保障給付費は1955年度の3,893億円（1人当たり4,400円）から1975年には11兆7,693億円（同10万

5,100円）へと増加した。社会保障関係費（国の一般歳出経費）も1955年度の1,000億円強（国家予算の約10%）から1975年度の3兆9,282億円（約18.5%）へと20年間に39倍にも膨張している。特に「福祉元年」に実施された高齢者向け医療・年金制度の拡充は以後、高齢化の進展と共に年金受給者の増加や老人医療費の膨張などを通じて社会保障の財政規模を拡大して行くことになったのである。

しかも、1973年秋に勃発した石油危機が高度成長を終焉させると、社会保障制度の行き過ぎた拡充に対してブレーキを掛けようとする福祉見直し論が登場するに至った。とはいえ、1970年代を通じて日本の社会福祉は高度成長型の拡充傾向が続いた。だが、日本経済は再び高度成長の軌道には復帰できず、税収の伸びが鈍化する中で財政拡張による内需拡大政策を強いられ、1975年度補正予算では特例公債を発行せざるを得なくなった。その後も財政赤字が拡大したので、国債依存度は更に上昇し、1979年度予算では約40%にまで達したのである。

## [3] 福祉見直しの財政調整

こうして1980年代に入ると、財政再建が政策的な急務となり、1983年度予算以降はマイナスシーリングの設定など、第2次臨時行政調査会（1981年設置）を中心に行財政改革路線が強力に推し進められることになった。もちろん、石油危機は他の先進国にも深刻な影響を及ぼし、世界的な「福祉国家の危機」を惹起した。英米ではサッチャーリズムやレーガノミックスの下で社会保障政策の見直しが進められたが、日本でも1981年代に行財政改革の一環として社会保障制度の見直しが行われた。特に急速な高齢化社会の到来に伴って老人医療費負担のあり方や

年金制度の安定的な運営などが大きな課題となってきた。これまで高度成長と共に拡大してきた社会保障制度は経済の安定成長への移行、財政状況の悪化に伴う緊縮財政への転換、急速な高齢化の進展などの優先課題に対応するために全面的な見直しが行われることになったのである。

かくして国庫負担主導型による社会保障拡充策は1970年代までに行き詰まり、拡充期に行き過ぎを調整しつつ国庫負担を軽減するための行政改革が行われることになった<sup>5)</sup>。医療保険制度では1983年の老人保健制度創設（老人医療費無料化の見直し）、1984年の健康保険制度改正及び退職者医療制度創設などが実施された。老人医療費の無料化は過剰な受診を惹起して老人医療費を膨張させ、国民健康保険を始めとする医療保険制度に多大な財政負担を強いることになった<sup>6)</sup>。そこで、老人保健制度は高齢患者の一部自己負担を導入して健康への自覚と老人医療費の抑制を促すと同時に、国・地方公共団体の負担と各医療保険者の共同拠出によって老人医療費を全国民で公平に負担する新しい方式を導入したのである。その結果、老人の加入比率が高い国民健康保険は大幅に財政負担を緩和されることになった。

また、1984年の健康保険等一部改正は被用者保険本人に対する10割給付を見直して定率1割自己負担を導入すると共に、事業所の退職者が

退職後に国民健康保険の加入者となる時に給付水準が低下することや退職後の医療費負担を国民健康保険加入者が負担させられるといった不合理を改善するために退職者医療制度を導入した。一方、国民健康保険はこの制度によって財政負担を軽減されることになったので、国庫負担比率を引き下げられることになったのである。

このように1980年代の制度改革はそれまでの国庫負担を軽減するために黒字保険者、地方政府や受益者に負担を転嫁しながら経費膨張の傾向を抑制しようと企図していた。それは急速な高齢化の進展によって財政危機に陥った国民健康保険を国庫負担の増大を伴わずに救済するというまさに臨調・行革路線に沿った政策であった。つまり、健康保険組合などの各保険者が老人拠出金を共同で負担して医療費を支えるという財政調整に過ぎなかったのである。換言すれば、それはサラリーマン層（健保組合・政管健保）から老人比率の高い自営業・農民層（国保）への補助制度であり、財政的に逼迫した国民年金をサラリーマン層の厚生年金と「財布を一緒」にして救済することを狙っていたといってよい。国民健康保険は税金の投入比率が順次上昇し、国庫負担率は1953年の20%から、1958年25%、1962年35%、1966年45%、1984年50%と全体の半分に達している。これは税金の投入が全くなく、保険料によって全面的に運営されているドイツの医療保険と比べて異常ともいえるのである。

1985年の年金改革は基礎年金の導入、負担と給付の適正化、婦人年金権の確立、障害年金の充実などからなっていた。基礎年金の導入は1986年以降、老齢年金の最低加入期間25年を満たす年金受給者が大量に発生して財政危機に陥る恐れがあった国民年金制度を救済するために

5) 田多英範「転機に立つ日本の社会保障制度」『週刊社会保障』No.1909, 1996年10月14日22頁。

6) 1983年の老人保健法は同年に埼玉県三郷市にある三郷中央病院の院長がカルディオ・スコープによる医療費の不正請求のため詐欺罪で逮捕され、他の容疑以外にも乱脈経営の嫌疑が掛けられるという事件をきっかけとして老人病院のあり方を見直すために、制定された（大熊一夫『ルポ 老人病棟』朝日文庫1992年36-42頁）。

公的年金の基礎部分を一元化しようとしたものである。また、従来の被用者年金（厚生年金等）は基礎年金の上乗せ給付（所得比例の2階部分）として位置付けられることになった。

もちろん、このような改正を促した要因は財政危機にあり、年金制度に対する国庫負担を軽減するためには給付水準の引下げと負担の増大が不可欠であったからである。また、農業従事者・自営業者の減少と構造不況業種の増加はそれらをカバーしている国民年金、公企体共済、船員保険などの財政基盤を弱体化させ、従来のように各制度を単独で運営することを困難にした。そこで、公企体共済を国家公務員共済に、船員保険を厚生年金に吸収する一方で、国民年金は他の被用者年金の基礎部分と統合されて基礎年金となることによって財政基盤を補強されたのである。さらに少子高齢化が急速に進展する中で、年金制度は制度の成熟化に伴う年金受給者数や平均年金額の増加、年金受給期間の長期化などによって費用の膨張に見舞われるという懸念が強まった。このため平均標準報酬の68%程度の給付（当時の平均給付水準）が加入期間の延長後も将来にわたって維持されることになり、実質的な給付水準の引下げが行われたのである<sup>7)</sup>。

かくして日本の年金制度は普遍主義モデル

（均一給付基礎年金）とドイツ型社会保険モデル（職域中心報酬比例年金）の折衷という特徴を一層鮮明にしたのである。基礎年金は財源面でも税から $\frac{1}{3}$ 、保険料から $\frac{2}{3}$ を調達するなど折衷的な性格を濃厚に示していた。このため年金制度の目的が貯蓄・保険機能にあるのか、それとも所得再分配機能にあるのかが甚だ曖昧となり、基礎年金の空洞化や若者の年金離れに拍車が掛かることになった。折衷的性格の年金制度は経済が着実に拡大して財源の自然増収が十分に期待できる時代にはうまく機能したが、それが期待できなくなった安定成長期には危機的状況に陥らざるを得なかったのである。

いずれにせよ、1980年代の福祉見直し政策は国庫負担の軽減と制度間の財政調整に終始し、給付の行き過ぎは正や財源の増収にまで踏み込まず、分立した制度にもほとんど手を触れることがなかったのである。

#### [4] 特徴

前述のように日本の年金制度は医療保険よりも導入が遅れた。というのも、第1表の如く日本人の平均寿命は1935年頃で男性47歳、女性50歳と比較的短く、家族内扶養も期待できる環境にあったので、年金に対する高齢者のニーズはそれほど高いものではなかったからである。特に農林水産業や自営業では、高齢者の同居や家族内扶養が一般的であり、また高齢者の就業率もかなり高かったので、公的年金に対するニーズは比較的に低かった。しかし、産業化の進展が家族扶養を次第に解体させて行っただけで、公的制度がこれを代替せざるを得なくなり、社会保障制度が登場するに至ったのである。それ故、社会保障制度は家族が対応できなくなったものから順次、医療、年金、高齢者介護と整備

7) この改正内容は「増税なき財政再建」を標榜する第二臨調の基本答申に沿ったものであった。答申は年金制度の危機を回避するために全国民を対象とした基礎年金の確立、年金制度の一元化を見通した各制度間の不均衡の是正、給付水準の適正化、高齢者雇用の動向を考慮した支給開始年齢の引上げ、保険料の引上げなどを提言していた。1989年の年金改正は完全自動物価スライド制の導入、学生の強制加入、国民年金基金の創設等が主内容であり、年金制度の一元化も被用者年金制度間費用負担調整法による財政調整という形で進められた（清水英彦「年金の政治経済学」『週刊社会保障』No.1953, 1999年9月1日26-27頁）。

第1表 平均寿命の推移

年次	男	女
明治24~31年	42.8	44.3
〃 32~36	43.97	44.85
明治42~大正2年	44.25	44.73
大正10~ 〃 14	42.06	43.20
大正15~昭和5年	44.82	46.54
昭和10~ 〃 11	46.92	49.63
〃 22	50.06	53.96
〃 25~27	59.57	62.97
〃 30	63.60	67.75
〃 35	65.32	70.19
〃 40	67.74	72.92
〃 45	69.31	74.66
〃 50	71.73	76.89
〃 51	72.15	77.35
〃 52	72.69	77.95
〃 53	72.97	78.33

(資料) 生命保険文化センター編『迫りくる高齢化社会』日本生産性本部1980年14頁

されて行くことになった。

一般に社会保険では、保険者は本来民間団体であるが、日本では政府自身が政管健保（中小企業向け）、国民年金・厚生年金などの保険制度で保険者となっている。しかも、例えば医療保険は政管健保と健保組合の二本立ての制度となっており、国民健康保険も別途に存在するなどパッチワーク的な性格を拭い去れていない。これに対してドイツの医療保険制度は疾病金庫が保険者として基本的に保険料のみで運営に携わっており、診療報酬についても医師会と直接交渉して決定する仕組みとなっている<sup>8)</sup>。

戦後直後の日本は農林水産業や自営業などの部門で圧倒的多数の第一次産業従事者が存在す

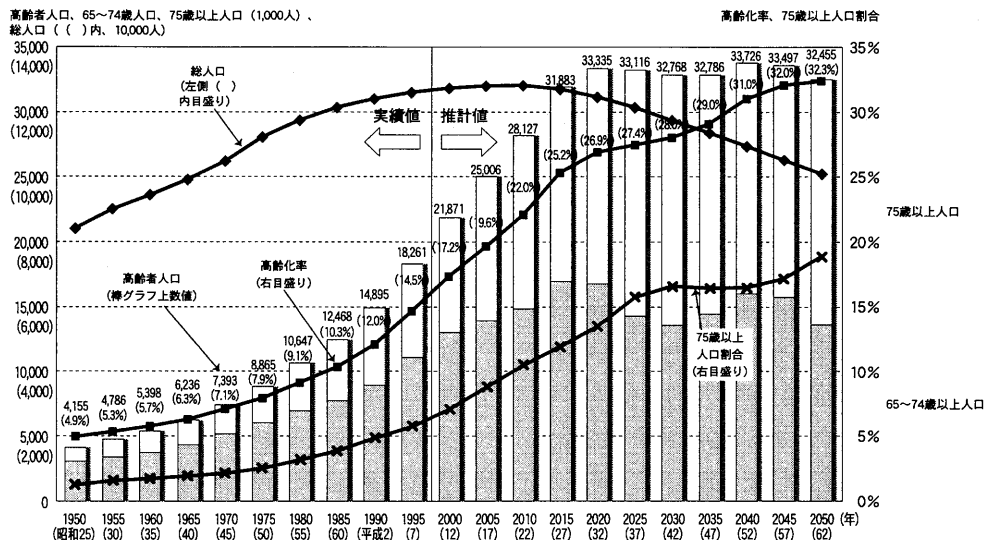
る後進国であったので、職域中心の社会保険によって大部分の国民をカバーすることができなかった。そこで、日本はドイツにも見られない独特な地域保険である国民健康保険制度を創設したのである。というのも、当時の後進国日本にとって最大の課題は医療保険の整備であったからである。高齢者の生活保障は農村ではほぼ家族の扶養によって支えることができたが、医療は家族の力では支えることが困難で、都市労働者層と同様に公的支援を必要としていたので、地域保険である国民健康保険制度の導入が不可欠となったのである。

国民健康保険制度は1938年に自営業者、農業従事者を対象に市町村及び職業を単位とする任意設立保険組合を実施主体として創設されたが、1948年には市町村公営が原則とされ任意設立・強制加入の制度となった。そして1961年には国民健康保険（国保）組合が全市町村に設けられ、皆健康保険が実現されたのである。こうして国民健康保険は第一次産業従事者が全人口の半ばを占める後進国日本で農村共同体を単位とした農業保険として出発することになった。だが、産業構造や就業構造が急速に変化する中で、国民健康保険は農業保険から老人保険へと次第に性格を変化させて行った<sup>9)</sup>。例えば、国保加入者を世帯主職業別に見れば、1961年度には農林水産業が45%、無職老人が9%となっていたが、92年度にはそれぞれ31%、38%を占めるに至り、老人保険としての性格が濃厚になっている。つまり、国民健康保険が依拠してきたムラという共同体が解体し、保険集団としての実体を喪失し空洞化してしまっているといつてよい。

8) 広井前掲書48-66頁。

9) 広井前掲書59-60頁。

## 欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料) 1995年までは総務庁統計局「国勢調査」、2000年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」「ただし『厚生白書』平成12年版7頁から引用)

(注) 1955年の沖縄は70歳以上人口23,328人を前後の年次の70歳以上人口に占める75歳以上人口の割合を基に70～74歳人口と75歳以上人口に按分した。

第1図 高齢化の推移と将来推計(1950～2050年)

## Ⅱ 高齢化社会の到来

### [1] 高齢化の進展

#### (1) 高齢化対策の遅れ

日本は高度成長期にちょうど人口転換期を迎えたので、若い人口構成のままに経済成長の果実を享受することができた反面で、高齢化のツケを後回しにすることになった。例えば、高齢化率は第1図のように1950年の僅か4.9%（高齢人口416万人）から70年の7.1%（739万人）まで緩やかな増進を示していたが、その後2000年の17.2%（2,187万人、人口の6人に1人が高齢者）へと急ピッチで上昇している。また、1997年には高齢人口（1,976万人）が初めて14歳以下人口（1,937万人）を凌駕するに至ったのである。

だが、日本政府はこうした急速な高齢化の進展に対応する有効な高齢者ケア政策を講ずることなく放置してきた。もちろん、1980年代には高齢者対策が社会保障改革論議の中で声高に叫

ばれるようにはなったが、必ずしも有効な政策が打ち出されたとはいえなかった。例えば、在宅福祉が強調されながらも、そのために必要な人材の育成はあまり熱心に推進されることがなかったのである。また、高齢化対策には欠くことのできない医療・保健・福祉の緊密な連携も真剣に取り組まれることがなかった。『厚生白書』も指摘しているが、1980年代の制度改革は決して高齢化社会における新たなサービス・ニーズに対応できるような内容のものであったとはいえないのである<sup>10)</sup>。

しかし、1990年代に入ると、高齢化社会への対応はもはや蔑ろにすることができなくなった。政府も遅ればせながら1989年末に「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」を打ち出さざるを得なくなった。同プランは消費税導入に伴う国民の不満を緩和するための政策

10) 『厚生白書』平成8年版96頁。



の一環として実施されたのだが、1999年までの10年間に総事業費6兆円強を投入する大規模なものであり、整備の具体的な数値目標も提示されるに至ったのである。

## (2) 高齢者の実態

平成10年度「高齢社会白書」(厚生省)によれば、高齢人口(65歳以上)は1998年10月1日現在で2,051万人(対前年比75万人増)、総人口の16.2%に上っている<sup>11)</sup>。今後も高齢化率は急速に上昇し、2015年には25%(3,188万人)を超えると予想される。高齢者のいる世帯は1998年に1,482万世帯で、全世帯の $\frac{1}{3}$ (33.3%)を占めていた。これに対して18歳未満の未婚者がいる世帯は1,345万世帯(全世帯の30.2%)にすぎず、1997年以降、高齢者のいる世帯に世帯数で凌駕されている。

高齢化の地域別特徴を見ると、東京、大阪、名古屋を中心とする三大都市圏では高齢化率が低く、その他の地域では高齢化率が高くなっている。こうした傾向は恐らく今後も続き、東北地方の青森、岩手、秋田、中国四国地方の島根、山口、徳島、愛媛、高知、九州地方の長崎、大分、宮崎、鹿児島などでは高齢化率が2025年までには30%を超えるものと予想される。つまり、これらの地域の高齢化は全国平均の高齢化率を15~20年ほど先取りする形で進行すると考えられるのである。

また国立社会保障・人口問題研究所の推計(2000年3月)によれば、高齢世帯(高齢者世帯主)の一般世帯に占める割合は1995年以降、全都道府県で増加し、2020年には30%を超えるが、特に秋田県など7県では40%以上にも達す

るという。しかも、その割合は東京都や大阪府でより大きく上昇し、大都市圏中心部での高齢化が今後急速に進むものと予測される。高齢化は三大都市圏でより急速に進み、従来全国平均よりも低かった東京圏(1都3県)の高齢化率は今後格差が大幅に縮小して行くものと思われる。例えば、東京都の高齢化率は1995年には13.0%で全国平均を1.5%下回っていたが、2010年には22.8%となり全国平均を0.8%上回ると見られている<sup>12)</sup>。このように三大都市圏で高齢化が急速に進むのは終戦直後に生まれた第1次ベビーブーム世代が高度成長期に進学や就職を通じて地方から東京圏に大量に流入し、そのまま定着するに至ったためだと考えられる。

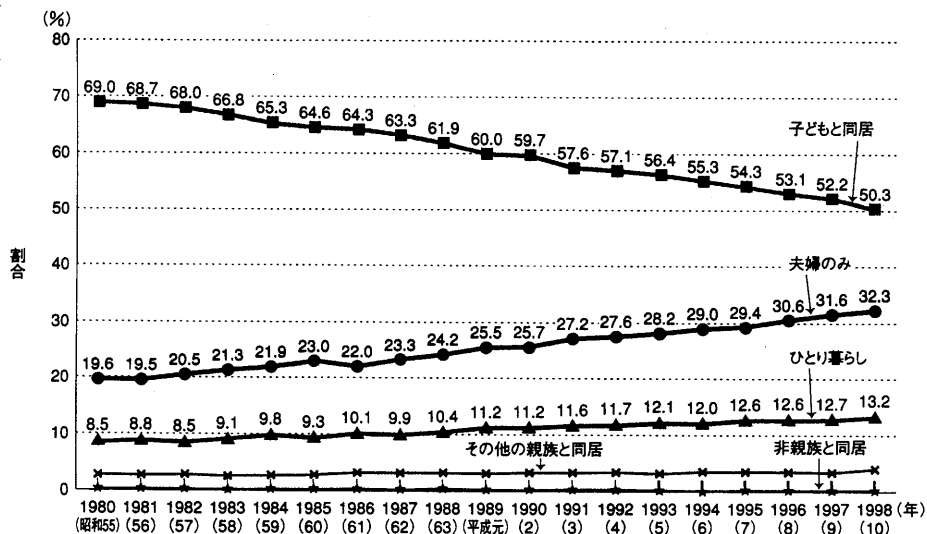
次に、在宅高齢者の家族形態を見ると、第2図のように1998年では子どもと同居している高齢者の比率(同居率)が50.3%(子ども夫婦と同居31.2%、配偶者のいない子どもと同居19.1%)と最も多かったが、1980年の69%から一貫して年々低下傾向を示してきた。一人暮らしの老人は全高齢者の13.2%を占め(うち8割が女性)、老夫婦のみの世帯は32.3%であった。なお、これ以外に施設等入所老人が約76万人存在していた(1995年国勢調査)。

ところで、経済企画庁の「国民生活選好度調査」(1997年)によれば、老後も子どもと一緒に暮らすと考える人の割合は1978~1999年に54.8%から34.9%に低下しており、子どもと別に暮らすと考える人が23.5%から34.9%に増加している。しかしながら、同居率が低下する一方では、準同居(同一家屋や同一敷地内に居住)や近居(近隣地域に子どもが居住)の割合が近年増加しており、1998年には12.7%に上ってい

11) 『週刊社会保障』No.2042, 1999年6月21日41-42頁。『厚生白書』平成12年版7頁。

12) 『厚生白書』平成12年版13-14頁。

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料) 1985年以前は厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査」、1986年以降は厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(ただし『厚生白書』平成12年版20頁)  
 (注) 1995年は兵庫県の値を除いたものである。

第2図 家族形態別にみた高齢者の割合(1980~1998年)

る。子どもが同一市区町村に居住する場合も含めれば22.2%にも達するといわれている。

では、高齢者はどのような経済状態に置かれているのであろうか。65歳以上人口の約4割が属する「高齢者世帯」はその95%が「一人暮らし世帯」か「夫婦のみの世帯」である<sup>13)</sup>。1997年の「高齢者世帯」の1世帯当たり所得は323.1万円ですべて平均(657.7万円)の半分程度にすぎないが、1人当たり所得は207.0万円で、全世帯平均(222.7万円)と比べてもほとんど遜色のない水準にある。また「世帯主65歳以上の世帯(65歳以上人口の75%を占める)」の所得は1997年に519.7万円で全世帯平均を下回っていたが、世帯員1人当たりの所得は203.1万円で全体平均を若干下回るにすぎなかったという。さらに、

1人当たり可処分所得で見れば、「世帯主65歳以上の世帯」は175.0万円で、全世帯平均187.4万円との格差は更に小さくなっている。このように高齢者世帯の1人当たり所得は全世帯平均と比べてあまり遜色のない水準にあったといえる<sup>14)</sup>。なお、「高齢者就業実態調査」(1996年)によれば、高齢者も男性では60~64歳で70.0%、65~69歳でも53.4%が就業していた。不就業者でも60~64歳では6割以上が、65~69歳でも4割近くが就業を希望しており、強い就業意欲が見られた。

公的年金や恩給は高齢者の所得において大きな割合(1998年63%)を占めている<sup>15)</sup>。むしろ、高所得グループと低所得グループとの間には大きな格差がある。というのも、高所得層では所

13) 65歳以上の高齢者の経済状況を見る際、国民生活基礎調査では①「高齢者世帯」(65歳以上の者のみで構成する世帯か、またはこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯)、②「世帯主65歳以上の世帯」、③「65歳以上の者のいる世帯」、といった分類を用いている(『厚生白書』平成12年版31頁)。

14) 『週刊社会保障』No.2042, 1999年6月21日, 42頁。

15) 65歳以上の者について、その属する世帯全体の所得を世帯人員で割ったものをその高齢者の所得と見なし、所得の高低に応じ10区分に分けた所得分布を見る(『厚生白書』平成12年版44頁)。

得に占める雇用者所得や事業所得、及び財産所得（利子・配当所得など）の割合が大きく、所得の格差を生み出しているからである。しかし、第7分位以下（全体の7割）の層では、所得に占める社会保障給付（公的年金）の比率が5～7割を占めており、低所得層ほど社会保障給付の占める割合が大きくなっている。社会保障給付は特に中間層以下の所得格差を是正し、高齢者の所得保障に重要な役割を果たしているのである。

もちろん、健康状態も高齢者の生活を左右する要因となる。戦後、日本人の平均寿命は公衆衛生水準の向上や医療提供体制の充実、医学医療の進歩、生活水準の向上などにより急速に延び、1998年現在、男性77.16歳、女性84.01歳と世界最高水準の長寿国となっており、65歳層の平均余命も男性17.13年、女性21.96年にも達しているのである。この長寿化は感染症などの急性疾患が激減した結果であるが、その一方では悪性新生物（癌）や循環器系疾患等の生活習慣病が増加している<sup>16)</sup>。特に高齢者は加齢と共に身体的機能の低下に見舞われるので、様々な疾病に罹りやすく、若い世代に比べて受療率（医療機関に掛かる率）が高い。このため後期高齢者が増加すると共に、要介護者が増加する。2000年には寝たきりや痴呆、虚弱などによる要介護・支援高齢者は270万人（高齢人口の13%）にも達すると予想されている。とはいえ、近年には様々な寝たきり予防策の効果もあって、要介護率や寝たきり率は高齢者の各年齢層において横ばいまたは若干減少傾向にあるといわれている。

そこで、今後は単なる寿命の延長でなく、

「健康寿命」（日常生活に介護を必要としない、心身ともに自立した活動的な状態で生存できる期間）の延長が重視されなければならない。例えば1995年に、75歳の男性は平均余命9.81年のうち自立期間が8.23年（84%）、75歳の女性は平均余命12.88年のうち自立期間が10.20年（79%）といわれているが、この両期間の格差をできるだけ縮小することが人間らしく生き、同時に無用な医療コストを節約する道だと考えられるのである。

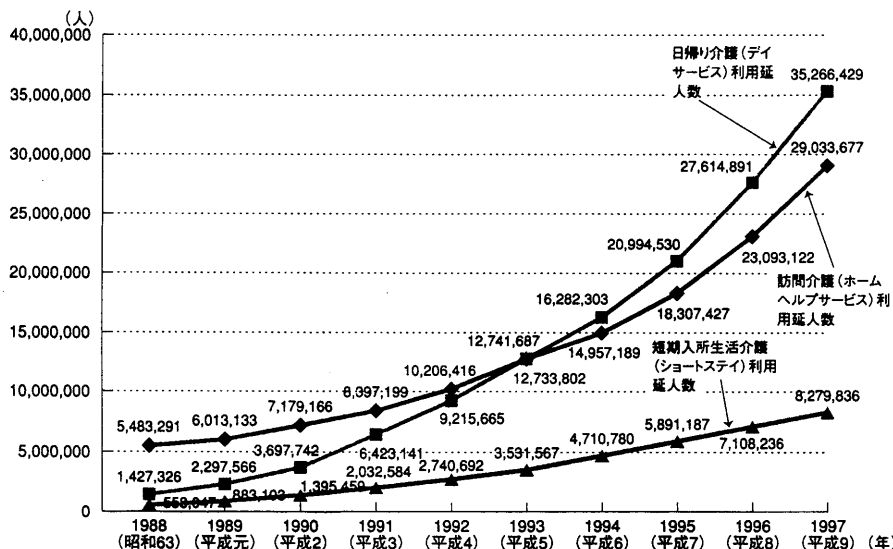
なお、高齢者に占める要介護比率は65歳以上人口1千人当たり在宅要介護者49.3人、特別養護老人ホーム在居者12.4人、老人保健施設在居者6.9人となっていた。同様に病院・一般診療所に6カ月以上入院している高齢者も15.6人に上っていた。また65歳以上の死亡者について生前の状況や介護者の状況を調査した「人口動態社会経済面調査」（1995年）によれば、主な介護者は世帯員66.8%、病院・診療所の職員16.4%、世帯員以外の親族5.5%などとなっていた。介護者の平均年齢は病院・診療所職員以外では60.4歳、妻では71.4歳、長男の妻では54.2歳、長女では54.3歳となっている。このことから介護の負担が家族に重く押し掛かっていることが伺われるのである。

## [2] 高齢者の自立支援

寝たきり老人の数やその生活実態の深刻さが明らかになってきたのは1970年頃であった。高齢者介護サービスが一部の低所得者のみならず、より一般的・普遍的なニーズとして顕在化してきたのである。このため高齢者福祉の充実が図られる一方で、老人医療費の無料化が1969年の東京都と秋田県を皮切りに72年には2県を除き全国的に実施された。1973年には老人医療

16) 『厚生白書』平成12年版58頁。

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料) (財)長寿社会開発センター「老人保健福祉サービス利用状況地図数値」(ただし『厚生白書』平成12年版126頁)

(注) 通所介護 (デイサービス) には、老人保健施設通所 (デイケア) を含む。

第3図 在宅サービス利用状況の推移

費支給制度が国の施策として実施され、70歳以上の高齢者は医療保険の自己負担分を公費（国と地方公共団体）から支給されるようになった。この制度の導入は経済的な制約による受診抑制から高齢者を解放したが、社会的入院や濫診を招いて老人医療費を膨張させ、各医療保険の財政を圧迫することになったのである<sup>17)</sup>。

老人医療費の膨張は日本経済が安定成長に移行する中で、各医療保険者、とりわけ高齢者加入率の高い市町村（国民健康保険）に多大な財政負担を課すことになった。このため1982年に老人保健法が高齢者の医療費負担を公平化し、壮年期からの総合的な保健対策によって高齢者の健康を維持するために制定された。同法は70歳以上の高齢者が受診する際の定額負担制を新たに導入し、健康維持への自助努力を促して行き過ぎた受診を防ぎ、世代間の負担の公平化を

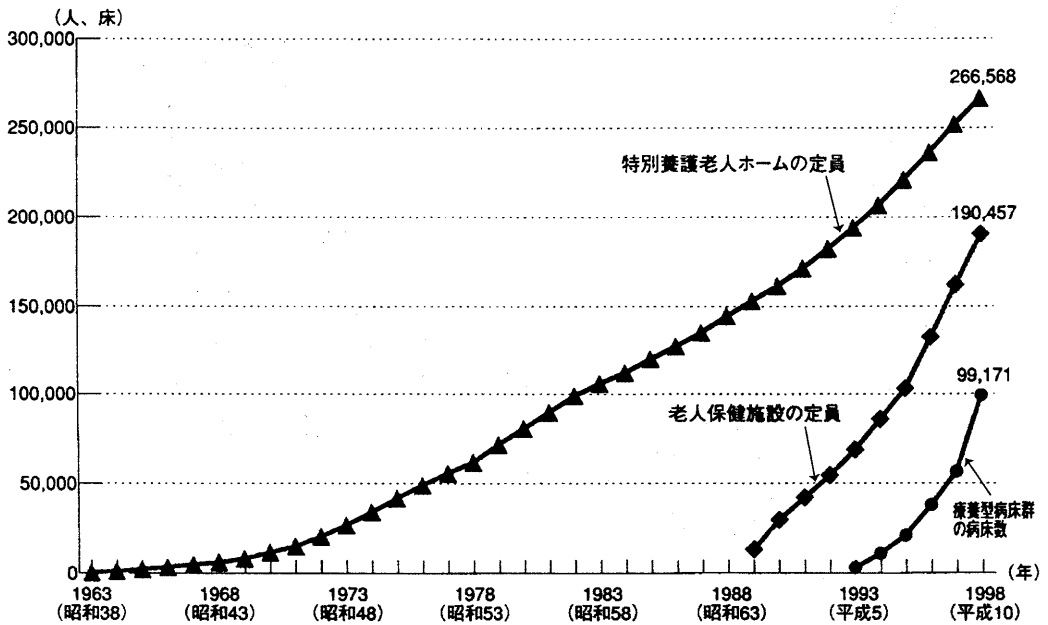
図ろうとしたのである。また、40歳以上の住民は健康相談や機能訓練などの各種保健事業の対象となり、予防から治療、リハビリ、在宅医療に至る一貫した保険医療サービスを受給できるようになった<sup>18)</sup>。

高齢者福祉は1970年代半ばを境にして施設整備重視から住みなれた地域での生活を支援する在宅福祉重視へと方向を転換させ始めた。とはいえ、在宅福祉政策は先行する地方公共団体を後追いつる形で充実が図られることになった。在宅介護サービスの3本柱のうち、デイサービス（通所介護）とショートステイが制度化されたのもこの時期であった。ホームヘルプサービス（訪問介護）は従前から行われていたが、1982年には所得制限が引き上げられ、所得税課税世帯も利用料を負担すれば利用できるようになったのである（利用状況は第3図）<sup>19)</sup>。

17) 『厚生白書』平成12年版122-123頁。伊藤周平『介護保険』青木書店1997年27-31頁。

18) 伊藤前掲書44-46頁。

19) 『厚生白書』平成12年版124-125頁。



(資料) 厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」「老人保健施設調査」「医療施設調査」(ただし「厚生白書」平成12年版124頁)

(注) 療養型病床群の病床数には、1998年4月から新設された一般診療所の療養型病床群の病床数を含む。  
 なお、このほかに介護力強化病院の病床が134,417床、老人性痴呆疾患療養病棟の病床が5,360床ある(1998年厚生省老人保健福祉局調べ)。

第4図 介護サービス関連施設の推移

高齢化の進展に伴って看護や介護を重視した高齢者ケアが必要とされ、医療と福祉の連携が求められるようになった。老人保健施設も1986年に病状が安定して入院治療よりも看護・介護・機能訓練などの療養を必要とする高齢者に医療ケアと日常生活サービスを提供する目的で創設された(第4図のように80年代末以降、老人保健施設の入所定員は急増)。また、老人保健施設では慢性疾患が多く、看護、介護や機能訓練が療養の中心だったので、利用者の入所期間に応じた定額払い方式が採用された。このため過剰な投薬が減り、日常生活についての指導を重視した医療が行われるようになったのである。

しかも、老人保健施設は入所の際に行政が入所施設を決定する措置制度のような面倒な手続

きが不要で、利用者は自ら選択した施設と直接契約してサービスを受けることができた。一方、1983年には特例許可老人病院制度が設けられ、病院でも高齢者の慢性疾患に対応した医療と介護を提供できるようになった。なお、老人病院の診療報酬も1990年以降、定額払い方式が導入された。1992年には長期療養に相応しい療養環境と人員を備えた療養型病床群も制度化されている。

在宅福祉は1980年代以降、次第に重視されるようになったが、在宅介護を拡充する上で節目となったのは1989年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」であった。同プランは1999年までに達成すべき主要7項目の目標を掲げていたが、特に在宅福祉対策の整備が最大の課題とされた。在宅介護を

支援するために当時のサービス水準と比較してホームヘルプは約3倍、デイサービスとショートステイは約10倍に拡充されることになった。また、このプランの円滑な推進を図るために老人福祉法改正（1990年）などが実施された。全市町村及び都道府県は老人保健福祉計画の作成を義務付けられ、住民に最も身近な市町村が在宅福祉と施設福祉を一元的に提供できる体制が整備されることになったのである<sup>20)</sup>。

この頃から高齢者ケアは市町村を中心とした介護保険制度へと向かって動き始めた。ゴールドプランは全国の地方公共団体が作成した老人福祉計画の内容を踏まえて見直され、1994年には目標を引き上げた「新高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が作成された。また、老人福祉施設は在宅サービスを提供する地域の拠点となったが、特に特養老人ホームは通所介護施設などを併設し、経験豊かな介護職員をホームヘルパーとして老人宅を訪問させるなどのサービスにも積極的に乗り出すようになったのである。

厚生省も1993年頃からドイツの介護保険（1994年創設）構想に触発されて、介護保険導入の可能性について検討を始めた。当初、高齢者社会福祉ビジョン懇談会（厚生大臣の諮問機関）は「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて」（1994年3月）と題する報告で消費税を財源とする新しい介護制度の構築を提案した。しかし、消費税を国民福祉税と改称して税率を7%に引き上げる目論みが頓挫した1994年2月以降になって、社会保険方式の介護保険構想が急速に浮上してきた。厚生省は消費税率引

上げに対する国民の猛反発を目の当たりにして介護政策の財源を消費税から社会保険料に求めるべく方針を転換したのである<sup>21)</sup>。

さて、高齢者介護制度は1994年7月に学識経験者からなる高齢者介護・自立支援システム研究会によって検討が開始され、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告が取りまとめられた。これを踏まえて1995年12月以降、老人保健福祉審議会が検討を重ねていたが、1996年6月に至って厚生省が介護保険制度案大綱を同審議会に諮問するに至り、大筋で了承する答申を得たのである<sup>22)</sup>。しかし、介護保険の内容が次第に判明するに伴って国民の間に広範な批判や不満の声が上がってきたので、政府与党が1996年9月に市町村に対する財政支援や都道府県の関与強化、在宅・施設サービスの同時実施など市町村関係者からの要望を盛り込んだ修正案を取りまとめることになった。これを受けて介護保険関連三法案が1996年11月に政府提案として国会に提出され、1年余りの審議を経て97年12月に成立するに至ったのである<sup>23)</sup>。

20) 伊藤前掲書48-64頁。里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房1996年10-16頁。

21) 伊藤前掲書70-87頁。厚生省や関係省庁の間では既に1980年代半ばにドイツの介護保険試案が回覧されていた。国民福祉税の挫折から2ヶ月後の1994年4月、厚生省は高齢者介護対策本部（責任者は事務次官）を設けた。7月には学識経験者からなる高齢者介護・自立支援システム研究会を同本部内に設置した（伊藤前掲書70-71頁）。

22) 介護保険構想は社会保障将来像委員会の第二次報告「21世紀に向けての社会保障制度の見直し」（1994年9月）で初めて公表された。厚生省は1994年9月に消費税率引上げ法案（1997年度から5%へ）が国会に提出されたのを受けて、介護保険の1997年度実施を目指すに至った。1995年末までに老人保健福祉審議会でも介護保健制度の具体的な内容を取りまとめ、翌年に法案を国会に提出し、1997年度に実施する腹を固めたのである。（伊藤前掲書72-73頁）。

23) 堤修三「介護保険制度の円滑な施行に向けて」『週刊社会保障』No.1999, 1998年8月3-10日, 110-113頁。

### Ⅲ 欧米諸国の高齢者ケア政策

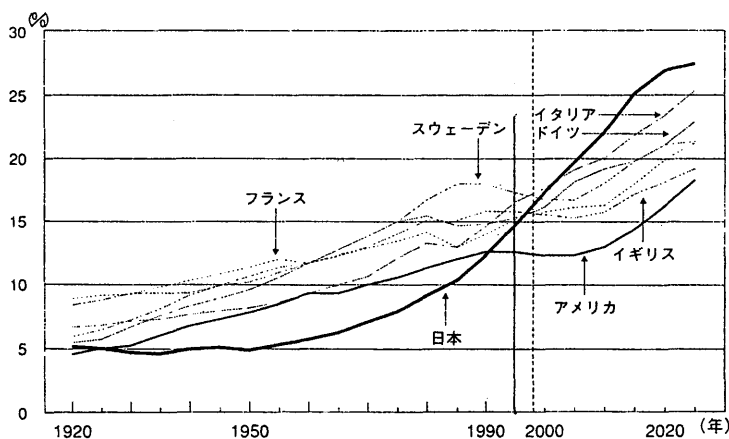
欧米先進国は疾病構造が既に生活習慣病中心に転換していたにもかかわらず、急増する高齢者ケア・ニーズに対して従来通りの慢性疾患的治療法で対応しようとして、多くの混乱を招くに至った。特に老人ケアは従来の疾病治療・延命といった医療のあり方では対応しにくい新たな問題を提示していた。老人の身体生理機能は加齢と共に低下せざるを得ないので、慢性疾患と同様の治療法では対応することが困難だったからである。このため高齢者ケア（長期ケア）問題は欧米先進国で病院への流入（社会的入院）か、それとも生活保護への流入か、そのいずれかの形をとって顕在化することになった。日本を初めとしてとしてフランス、ニュージーランド、アイルランド、スウェーデンなどの国は、病院が老人患者を既存の慢性疾患的治療法でケアすることになり、社会的入院問題を惹起した典型的な例とされている。一方、他の大半の諸国では入院が制限されていたり、長期ケア体制が不備であったために、老人達は大挙して

生活保護へと押し寄せることになったのである。むろん、ドイツの介護保険導入は老人ホームに入所する高齢者に対する生活保護費が膨張して危機に陥ったことをその契機としているといわれる。欧米先進国は第5図のようにいずれも深刻な高齢社会問題に苦しんでいるが、高齢者ケア政策の面ではアメリカを除き日本よりも積極的な対応が進められてきた。これら欧米先進国の高齢者ケアについて検討することは日本の介護政策を考える上でも有益と思われるので、その実態を次ぎに見ておくことにしよう。

#### [1] デンマーク

##### (1) 傑出した高齢者ケア

周知のようにデンマークは世界でも最高水準の高齢者ケアを実施している社会として高い評価を得てきた。例えば、隣国のスウェーデン政府は1988年に「北欧4カ国の高齢者ケア」と題する報告書で、「デンマークはスウェーデンよりも安いコストで良質のケアを提供している」が、「それは医療と福祉の統合、在宅医療・福祉の充実、社会的入院の少なさに起因している」



(資料) 藤林慶子『高齢化社会に対応する介護保険制度と介護支援サービス』一橋出版11頁。

第5図 先進諸国の高齢化率の推移

と指摘した調査結果を発表している<sup>24)</sup>。

さて、デンマークの公的介護制度は市町村が財源を住民税から調達し、運営の権限と責任を担う分権的な仕組みを採っている。国は生活支援法という福祉の総合的枠組みを定めた法律によって市町村の責任範囲を規定するだけで、市町村は枠組みの範囲内のことであれば国の許認可を必要とせず、県の介入も受けずに独自の政策を追求できた。また、介護サービスの供給に関しては、世界で最も豊富な施設、住宅及び人的資源が配置されている。国民は誰もがすべて病院や開業医の診療を無料で受けることができたのである。

市町村はナーシングホームへの入居、在宅ケアサービス（ホームヘルプ、在宅看護）、社会サービス（ケア付き住宅入居、配食サービス）などを管轄し、高齢者に無料で提供している（高所得者は一部を自己負担しているが、年金生活者の大部分は無料となっていた）。しかもデンマークでは、医療や社会福祉サービスは基本的に非営利分野とされており、僅かに存在する民間組織も厳しい行政監督の下に置かれていた。むしろ、デンマークの医療保障制度はイギリスと同様に税収に基づいて運営される国民健康サービス方式が採用されている。

県が予算の70～80%を病院・保健関連経費に費やしている一方で、市町村はナーシングホーム、訪問看護、ホームヘルプ、宅配食、デイケア、ケア付き住宅等の社会サービス全般に責任を負っていた。このうちナーシングホームは24時間体制のケアが必要であり、自宅やケア付住宅で訪問サービスを受けても暮らして行けなくなった老人のために設けられていた。バス・ト

イレ付きの個室が基本で、2人部屋（全体の10%）は1960年代に建築されたものがほとんどで、施設の在宅化（ノーマライゼーション）が積極的に進められていた<sup>25)</sup>。

もちろん、各市町村は地域住民のために必要な数のナーシングホームを用意することを義務付けられていた。デンマークでは、入居老人は残りの生涯をナーシングホームで過ごし、再び帰宅することなく平均入居期間2～2.5年で死去するのが一般的なパターンといわれている。しかし近年では、ナーシングホームの新設が中止され、在宅生活を支援するために在宅看護やホームヘルプなどの社会サービスが強化されている。24時間体制の定期的な訪問サービスや緊急対応専用の訪問サービス体制が整備されることにより、高齢者は在宅やケア付住宅で天寿をまっとうすることができるようになりつつあるといわれている。

国もまたホームヘルパー事業費の半分を負担するようになり、1989年度からは高齢者がすべてサービスを無料で受給できるようになった。ホームヘルパーは高齢者の残存生活能力をできるだけ保持させて生活の継続性を維持しようと努めている。訪問看護サービスもすべて無料で利用できた。緊急の訪問看護や24時間のケア体制は従来プライマリ・ケア（開業医）や病院医療が担っていた機能の一部（緊急医療）を代替することになった。24時間のケア体制は高齢者の自宅にまでナーシングホーム並の24時間体制のサービスを拡大することによって高齢者の残存生活能力を保持し、生活の継続性を維持でき

24) 山井和則『スウェーデン発・住んでみた高齢社会』ミネルヴァ書房、1993年150頁。

25) 岡本祐三『デンマークに学ぶ豊かな老後』朝日文庫1993年39-59頁。小川政亮他『デンマーク・スウェーデンで見た在宅福祉』萌文社1992年18-32, 62-73頁。大熊一夫『ルボ老人病棟』朝日文庫1992年326-338, 352-356頁。



るようにしている。むろん、障害がある段階を越えて進行すれば、在宅ケアはむしろナーシングホーム入居よりも費用が嵩むことになる。

しかも、24時間の在宅ケア・サービスは医療資源を節約する上でも大きな効果を挙げている。例えば、病院への入院、医師の夜間診療、ナーシングホームのベッド利用数、その他施設利用件数などが軒並み大きく減少したのである<sup>26)</sup>。

## (2) 統合化による医療費節減

デンマークは高齢者介護を完全な現物給付制度に基づいて運営している。というのも、この制度は間違いなくサービスが必要な人に届き、総合的なニーズ判定に基づき必要な人へののみ必要なサービスを提供できるので、無駄もなく効率的な資源の利用が可能であるからである。デンマークでは資産がなく基礎年金収入しかない人でも市民であれば、経済的な不安もなく介護制度を利用できる。もちろん、デンマークでは老齢基礎年金に加えて、個人の経済状況に対応した付加年金制度（現金給付）も設けられている。

ところで、デンマークでは1989年頃から在宅ケアと施設ケアの統合化（施設ケアを含む介護制度全体を在宅ケアに統合）が実施され、資源の有効活用やサービスの質的向上に大きな成果を挙げた。介護職員が施設内勤務だけではなく地域にも派遣される一方で、在宅ケアに従事するホームヘルパーも施設居住者の介護にあたるようになったのである。もちろん、この改革は24時間体制の在宅ケアが確立していること

を大前提としている。介護職員が質量共に充実していれば、在宅ケアを24時間体制にすることで、施設と同等のケアを在宅でも提供することができるからである。この統合化において中心的な役割を果たすことになった高齢者総合地域センターは従来市役所で管理していた介護や生活支援関係資源の活用に関する権限を地域住民により近づけ、現場のニーズに合致しない無駄を可能な限り排除しようとしてきた<sup>27)</sup>。

かくして他の先進諸国が医療費膨張に苦悩しているのを尻目に、デンマークは高い医療水準を維持しながら医療費の抑制に成功してきたのである。むろん、先進国の医療費膨張要因は老人医療費の増大にあり、多くの国が介護問題に真剣に取り組んで来なかった結果でもあるといつてよい。デンマークの医療費は第2表のように低位安定状態で推移し、1980年代にはむしろ減少しており、1人当たり医療費（ドル換算）でも日本やアメリカよりも少なかった。驚嘆すべき点はデンマークが高度の医療サービスを日本よりも安い医療費で実現していることである<sup>28)</sup>。しかも、デンマークの平均入院日数は第

第2表 国民総生産に対する医療費（%）

	1970	1980	1985	1990	国民1人当たりの医療費(米ドル)
デンマーク	6.1	6.8	6.3	6.2	963
英 国	4.5	5.6	5.8	6.1	909
日 本	4.4	6.4	6.5	6.5	1,113
スウェーデン	7.2	9.4	8.8	8.7	1,421
米 国	7.4	9.3	10.7	12.4	2,566

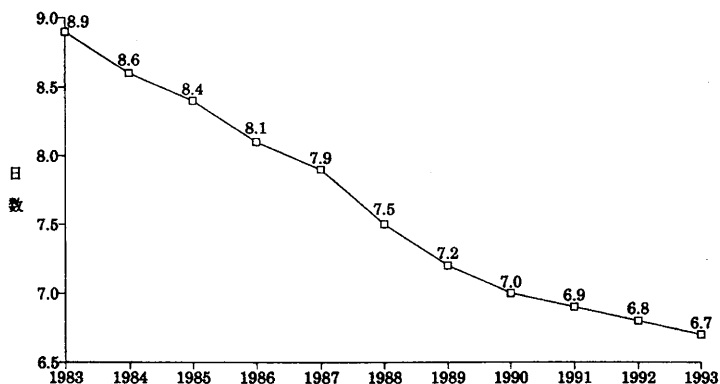
(資料) *Measuring Health Care, Financing and Delivering Health Care*, Paris OECD, 1992. (伊東敬文「デンマークの介護制度とその教訓」174頁)。

26) 伊東敬文「デンマーク介護制度とその教訓」里美賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房、1996年第3部第1章159-190頁。

27) 伊東前掲168-172頁。

28) 伊東前掲173-176頁。1993年のデンマークの病院職員数は100床当たり320人であったが、日本では100床当たり医師36人、看護婦102人であった。しかもデンマークでは病院医療は全て無料で、日本で見られるような差額ベッドや保険外支払いなどは一切ないという。

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料) 伊東敬文「デンマークの介護制度とその教訓」175頁。

第6図 デンマークの病院平均入院日数（精神病院を除く）

6図のように1983～1993年の10年間に8.9日から6.7日に減少しており、日本の $\frac{1}{5}$ 以下の水準にある。むしろ、これはデンマークの在宅ケア制度が充実して看護・介護力が向上した結果、病院がより早期に患者を退院させられるようになったからである。1993年以降、治療が終わり退院日も決まった患者を受け取れない場合には、市は県に対して病院をホテル代わりに使用している代償として1日当たり約3万円を支払わねばならないという制度が導入された。そのため市は在宅ケアの充実に力を入れるようになったのである。デンマークでは治療は病院、介護は在宅で、という意識が行政、医療福祉従事者、市民の間に深く浸透しており、ほとんどの自治体が1980年代を通じて自発的に在宅ケアの整備など介護体制の充実に努め、平均入院日数の減少や医療費の抑制に成果を挙げてきたのである<sup>29)</sup>。

29) スケヴィンゲ市（コペンハーゲン市北30キロの農村、人口5千人）が1984年から在宅ケアと施設ケアの統合化をデンマークで最初に実施し、90年代にはほぼ全自治体に普及して医療費節減に大きな成果を挙げたという（伊東前掲176-177頁）。デンマークは予防を重視した在宅福祉によって入院費を削減し、結局安上がりな医療を実現した。手厚い看護のおかげで老人ホームや病院に入る老人が大幅に減少したといわれる（山井和則『体験ルポ世界の高齢者福祉』岩波新書1991年60-61頁）。

[2] スウェーデン

(1) 社会的入院問題

スウェーデンはOECD諸国内でも早くから高齢化が進み（第5図）、国民の連帯意識や個人の自立性が強かったため、市（コンミューン）が自主課税に基づいて市職員による公的な高齢者ケアを提供する仕組みを発展させてきた。スウェーデンでは保健・医療サービスは県（ランスタピング、保健・医療サービスの供給を主務とする広域自治体）が供給主体となっているが、高齢者・障害者福祉などの社会サービスは市によって担われていた。しかし、1992年のエーデル改革は従来県が担当していたナーシングホームを市に移管し、医学的に治療済みと判断された高齢者に住居を確保することも市の責任としたのである。また、ケア付き集合住宅（グループホームやナーシングホームを含む）での医療も市の責任とされたが、訪問看護等は県との合意に基づいて市でも実施できることになった（1999年現在、約半数の市で移管）<sup>30)</sup>。そこで、以下ではエーデル改革に至る経緯を含めてスウェーデンの高齢者ケア政策がどのように

30) 『厚生白書』平成12年版301-303頁。

展開されてきたのか簡単に見ておこう。

現在の高齢者福祉の基本的原点は1980年に始まるといわれている。差し迫った急速な高齢化と医療費膨張に備えて、スウェーデン政府は高齢者に対するサービスや介護制度を見直すために1980年に高齢者問題準備委員会を設けた。同委員会は1987年6月に「発展中の高齢者福祉」と題する最終報告を答申し、政府もこれに応じて1988年5月に政府法案「90年代の高齢者福祉」を国会に提出した。そして同年12月に法案が可決されたのを受けて、高齢者委員会（エーデル委員会）が設置され、具体策の検討が始まった。次いで1989年5月、政府は「高齢者福祉の責任」と題する高齢者委員会の報告を受けて、1990年10月に「高齢者および障害者のためのサービス、介護の責任」法案を国会に提出し、12月に成立させたのである。もちろん、この間における高齢者福祉をめぐる論議は福祉と医療の統合が最大の焦点となった<sup>31)</sup>。

前述のようにスウェーデンでは医療は県、福祉は市という行政分担が存在していたので、高齢者介護をめぐる県と市の間に責任（負担）の押し付け合いが頻発した。県が治療の終わった患者を退院させようとしても、市がヘルパー不足などを理由にして拒む傾向にあった。というのも、医療は県税、福祉は市税によって運営されていたので、市は高齢者をできるだけ長く医療機関に委ねることによって経費を節約しようとしたからである。高齢者の方も入院費のみを自己負担すればよいので、老人ホームなどに入居するよりも負担が軽くて済んだ。このため治療の不要な高齢者が病院のベッドを塞いでしまう社会的入院が横行し（1990年総ベッド

数の15%が社会的入院）、医療財政を圧迫する一因ともなっていた。しかも、施設間の入所費用には格差があり、長期療養病院は医療施設なので入院費のみを自己負担すればよく、老人ホーム入所などに比べて負担が格段に少なかったのである。

1985年の政府調査によれば、スウェーデンは高齢者医療と福祉に約520億クローナも支出していた。その原因は社会的入院の激増にあったので、政府は老人ケアを効率化するために在宅主義への転換を図り、コストを抑制しながら高齢者に充実した生活の場を提供しようとした。因みに症状が固定した障害老人は入院費用として1日当たり800クローナを必要としたが、在宅ケアであれば400クローナで済むといわれていたのである。

ところで、スウェーデンの高齢化率は1950年代初頭の10%から1990年には17.8%に達したが、2000～2005年には17%へと一時的に若干低下するものと推定されている<sup>32)</sup>。しかし、後期高齢者人口（80歳以上）は2000年に全体の5%にまで達するものと思われる。スウェーデンでは、老親と子どもの同居率は僅か4%にすぎず、家族が高齢者を介護することはほとんど稀といってよかった。そのために公的在宅サービスが高齢者介護に大きな役割をはたしているのである。スウェーデンの高齢者ケア政策は高齢者が住み慣れた自分の家にできるだけ長く住み続けられるようにすることを目標としていた<sup>33)</sup>。

スウェーデンで提供されている高齢者サービスの種類は①ホームヘルプ・サービス、②訪問介

31) 奥村芳孝『スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房、2000年108-116頁。

32) これはスウェーデンの出生率が1990年代初めに大きく上昇したためである（井上誠一「スウェーデンにおける出生率の上昇および低下」①～⑤『週刊社会保障』No.2059～2063、1999年10月25日～11月22日）。

護、③ナイトパトロール、④緊急アラームシステム、⑤デイセンター、デイケアセンター、ショートステイ、⑦移送サービス、⑧補助器具の貸与、⑨住宅改造補助、⑩高齢者住宅手当、有給家庭内介護者、市介護手当、近親者介護手当、⑫宅配サービス（配食・入浴・除雪）などからなっていた。また、高齢者福祉施設としてはサービスハウス、老人ホーム、グループホーム、ナーシングホームなどが用意されている。まず、サービスハウスはケア付きのアパートで、デイセンターなどのサービス機能が付属しており、要介護度の低い高齢者用の施設であった<sup>34)</sup>。老人ホームは要介護度の高い高齢者用であり、居室は個室で、職員による24時間体制の介護サービスが受けられた。グループホームは痴呆性老人、重度身体障害者、知的障害者を対象とした小共同住宅（6～8人用）で、必ず居室（個室）と食堂・居間等の共同利用スペースを備えていた。ナーシングホームは重度の介護を要する高齢者が居住する長期療養施設で、エーデル改革に伴って県の医療施設から市の管轄下に移管されるに至った。

老人ホームは1970年代初頭まで入居者が増加したが、70年代後半以降は減少傾向を辿っている。また、ナーシングホームの入居者は1980年代半ばまでは増加したが、その後はやはり減少に転じている。一方、サービスハウスの入居者は1980年代を通じて増加し、グループホームの入居者も1980年代末以降、顕著な増加傾向を示

しているのである。

## (2) エーデル改革

周知のようにスウェーデンの高齢者ケアはエーデル改革によって大きな転換がもたらされた。エーデル改革は既に述べたようにデンマークの制度を模範にしていた。従来の高齢者ケアを見直すために1980年に設置された「高齢者問題準備委員会」が87年6月に最終報告を提出した。これに基づき政府は88年5月に「90年代の高齢者福祉」政策案を国会に提出し、同年12月の通過を受けて、改革に着手したのである。

その主な内容は以下の通りである。老人ホームが以前に比べて医療への対応能力を高める一方で、ナーシングホームはより「生活の場」に近づけられてプライエム（デンマークの介護型老人ホーム）に極めて類似したものになった。また、社会的入院を助長し医療費膨張の元凶にもなっていた県と市の責任分担が変更された。従来、県は保健医療サービスに、市は福祉サービスに責任を持つという行政分担が維持されてきたので、双方がお互いに高齢者のケアを押し付けあって財政負担を軽減しようとした。それが却って社会的入院を増加させ、効率性を低下させて社会的コストを押し上げることになっていたのである。後期高齢者の増加が続けば、痴呆性老人に対する介護の必要性は一層高まるものと予想される。にもかかわらず、福祉サービス側の受け皿が不足しているために治療終了後の高齢者が病院を退院できず、社会的入院が増え続ければ、急性期患者用のベッドが不足し、医療費を更に高騰させることになる。しかも、高齢者は県営ナーシングホーム（高齢者用長期医療施設）に入居すれば、市営高齢者施設（老人ホーム）へ入居するよりも格段に少ない自己

33) 井上誠一「スウェーデンの高齢者ケア最新事情」①～⑥『週刊社会保障』No.2040～2045, 1999年6月7日号～7月12日号。小川政亮他前掲書33-54, 81-88, 110-123頁。山井前掲書『体験ルポ世界の高齢者福祉』64-75頁。

34) G.Sundstrom, Old age care in Sweden, 1987. 村川浩一・山崎順子訳『スウェーデンの高齢者ケア』中央法規1995年, 65-74頁。

負担で済ませることができるので、必要性とは無関係にナーシングホームへ入居したがる傾向があった。

そこで、こうした弊害を除去し医療財政の健全化を図るために1992年1月にエーデル改革が実施された。高齢者サービスの実施・責任主体は市に一元化され、資源利用の効率化が図られた。ナーシングホームなどの長期療養施設（約500施設、3.1万床）が県から市に移管され、ナーシングホームは従来の医療施設から福祉施設（サービス・介護付き特別住居）に変更されたのである。その結果、高齢者福祉施設は「一種の住居」のようなものになった。在宅高齢者向けの訪問看護も合意に基づき県から市に移管され、訪問看護とホームヘルプ事業の連携が一段と強化され、在宅サービスがより効率的に提供されるようになったのである<sup>35)</sup>。

1992年以降、初期医療（プライマリケア）も県と市の合意に基づき5年間の試験的モデル事業として県から市に移管できるようになった。また、市が病院での医学的治療終了後5日以内に患者に適切な居住場所を提供できず、退院できない場合には、市が入院費用を県に支払うことを義務付ける制度も導入された。さらに高齢者向けデイケアは従来の県・市営並立から基本的に市営（医療的な要素の濃いものを除き）に一本化されることになったのである。

加えて、以前は県のみが行っていた歩行器や車イスなどの高齢者向け補助器具の支給を市にも義務付けることになった。しかも、各市は看護の最終責任者として必ず最低1名の医療責任看護婦の設置も義務付けられたのである。ま

た、保健医療部門の県職員のうち約5.5万人が市の職員に移動した（医師は含まず）。国庫補助も痴呆性老人向けグループホームの建設に対して20億クローネ、ナーシングホームの個室化に対して10億クローネが5年間の時限措置として交付されることになったのである。

### (3) 改革の評価

では、これら一連の改革はどのような評価を与えられているのであろうか。成果としては、まず第一に社会的入院が激減したことである。例えば、社会的入院患者の比率は一般病棟では1990年3月の15%から96年1月の6.9%（退院までの平均待機日数2日）へ、また老年科病棟では92年3月の20.8%から96年1月の12.7%（退院までの平均待機日数は36日から9日に減少）へと激減している。平均在院日数も内科では1991～94年に7.8日から6.5日に、老年科では1992～93年に44日から34日に減少した。ストックホルム県では、老年科の介護回数が1993～97年に66%増加した反面で、平均在院日数は31日から14.4日にまで削減されたのである。しかも、高齢者が県医療費において占める割合はエーデル改革前には約50%に達していたが、1997年には38%にまで低下している<sup>36)</sup>。高齢者福祉施設（サービス・介護付き特別住宅）も増加したが、特にグループホームは顕著な増加を示したのである。もちろん、市の高齢者ケアが質的にも大きく向上したことはいうまでもない。

しかし、問題点もあった。即ち、社会的入院の抑制に急なあまり、高度な医療ケアを必要とする高齢者までもが病院からナーシングホーム

35) 高齢者介護の効率化のために在宅主義への切り替えが行われた（大熊一夫『ルボ老人病棟』朝日文庫1992年172-183頁）。

36) 奥村前掲書114-115頁。丸尾直美「エーデル改革後のスウェーデンの福祉」『週刊社会保障』No.1909, 1996年10月14日46-47頁。

に移されるなど、高齢者ケアに対する医師の関与が余りにも削減されすぎることになった。またその一方では、半数近くの県が訪問看護婦を市に移動させておらず、高齢者ケアの非効率が依然として是正されていなかった。むしろ、高齢者ケアの継続性・連携にも多くの問題があった。さらに、補助器具の支給に関する県と市の責任分担も非常に曖昧で、効率性を欠いていたといわれる。

スウェーデンの高齢者ケアは高齢者自身の主体性をできるだけ尊重しようとする点に特徴があった。高齢者ケアは徹底的な社会化が図られており、ケア付き集合住宅に居住する高齢者も9割以上が自分の部屋を持ち、台所やトイレも部屋専属となっている割合が高かった<sup>37)</sup>。しかも、高齢者同士のグループ活動や学習サークル活動も盛んで、在宅ケアの高齢者を社会から孤立させないような様々な試みを行っていた。また、スウェーデンは他のEU諸国と比較して高齢者保健福祉サービスにより多くの支出を行っていた。特に保健福祉支出のうち福祉支出の比重が高いが、高齢者1人当たり保健福祉支出（一般政府）は後期高齢者の比率が高いことを斟酌すれば、必ずしも高いとはいえなかった。さらに、スウェーデンでは平均寿命が長く、高齢化も進んでいたため、グループホームなど痴呆症対策が早くから実施されていたのである。

市の高齢者ケア費は1998年に605億クローナに達しているが、主要財源は市税（地方所得税）であり、これを利用者自己負担と国の一般交付金が補っていた（市収入のうち、市税56%、利用者負担等12%、一般交付金17%）。このように

スウェーデンでは市が高齢者ケアの制度運営と給付提供の主体となっていたといえる。

### [3] ドイツ

#### (1) 社会的入院の増加

ドイツの高齢化率は1997年の15.8%から、2000年の15.9%を経て2025年には21.8%に達するものと見られている。しかも、一人暮らしの老人が1997年現在、高齢者の38%に当たる340万人に達しており、今後も一層の増加傾向にある。こうした高齢化の進展の中で、ドイツでも介護保険論議が高まってきたが、反対派の自由党が民間介護保険への強制加入に固執してきたために延々と20年にもわたって論争が続いてきたのである。

ドイツでは、医療費は医療保険、介護（福祉）費は税金からそれぞれ支出されてきた。しかし、高齢化が進展すると共に、この仕組みの問題点が先鋭化してきた。財政逼迫のために在宅福祉を充実するための財源が賄えなかったため、家族は過重な介護負担を強いられ、高齢者は自宅で生活を続けることが困難となったのである。もちろん、その一方では要介護老人が急速に増加しつづけていた。老人ホームへの入居はドイツでは全額が自己負担であり、1994年当時では月額4,500~5,000マルクにも達していたが、これは平均年金月額1,751マルク（加入期間45年）と比べても余りにも高額であった。そのため老人ホーム入居者の約80%は生活保護に依存することを強いられていたといわれる。というのも、入居者の多くが女性で、極めて低額の寡婦年金に依存していたからである。

一方、病院への入院は老人ホーム入居と比べて自己負担が少なかったため、勢い社会的入院を助長することになった。こうしてドイツの医

37) 丸尾直美『スウェーデンの経済と福祉』中央経済社1992年128-135頁。

療財政や生活保護財政が破綻に瀕する中で、高齢者を在宅で介護しようとする家族の数も減少しつつあった。そこで、介護保険制度を導入して税金以外の手段から介護財源を調達し、在宅介護を支援することが不可避となったのである。まず、1989年の医療保険構造改革法は医療保険の給付として在宅介護給付（現物・現金）を導入するに至った。しかし、施設介護（老人介護ホーム等）については、自由契約入所が原則であり、入居費用は入居者本人が年金収入などによって負担しなければならなかった。そのため入居者の約8割は自治体が運営する社会扶助（国庫負担なし）に依存せざるを得なかったため、要介護者とその家族のみならず、自治体財政にとっても大きな負担となっていたのである<sup>38)</sup>。

## (2) 介護保険の導入

こうして施設介護を含む介護保険の導入が不可避となった。介護保険法案は1993年6月に連立与党によって議会で提出され、94年4月に可決成立した。介護保険制度の概要を見ておけば、保険者は介護金庫（医療保険の保険者である疾病金庫が代行）であり、被保険者は原則として全国民が強制加入（民間医療保険加入者は原則、民間介護保険に義務加入）することになっており、要介護度及び介護給付はメディカルサービス（疾病金庫が地域に共同で設置し、医師・介護士等が参加）の審査を経て最終的には介護金庫によって決定されることになっていたのである。

給付内容を見ると、在宅介護給付の場合は4段階の要介護度（介護度Ⅰ、介護度Ⅱ、介護度

Ⅲ、過酷なケース）に従って、現物給付ではそれぞれ月額最高750DM, 1,800DM, 2,800DM, 3,750DM, また現金給付（介護手当）ではそれぞれ月額400DM, 800DM, 1,300DM, 1,300DMを受給することができた。ショートステイは年間4週間で2,800DM以内、代替介護も年間4週間で2,800DM以内でサービスを受給することができた。この他にも介護ベッドや車イスや昇降装置などの介護用具が支給・貸与され、1件当たり最高5,000DMの住宅改造補助の支給を受けることができた。さらに、施設介護給付は4段階の要介護程度に従ってそれぞれ月額2,000DM, 2,500DM, 2,800DM, 3,300DMが支給されることになっていたのである<sup>39)</sup>。

家族等の介護者は年金保険の被保険者となり、介護制度・介護時間に応じて介護金庫が当該介護者の年金保険料を負担する（むろん、労災保険の被保険者にもなり、保険料は市町村の負担）。つまり、職業活動を中断して介護に当たる者の当該離職期間が年金加入期間に算入され、保険料も免除されることになったのである。また、財源は労使折半の保険料（年金受給者の場合は年金保険者が事業主分を負担）によって賄われ、保険料は1996年6月までは1%、7月以降に施設介護給付が開始されると同時に1.7%に引き上げられた。もちろん、国庫補助は一切なく、在宅・施設介護の給付は民間福祉団体によるサービスが中心的な役割を担うものとされたのである。

介護保険法は1995年1月に施行され、同年4月から在宅介護給付、96年7月からは施設介護

39) 松本勝明「ドイツ介護保険法—介護サービスの提供と質及び経済性の確保」①～③『週刊社会保障』No.1878～1880, 1996年3月4日～3月18日。健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』1999年版東洋経済新報社1999年295-296頁。

38) 『厚生白書』平成12年版, 297頁。

給付が開始された<sup>40)</sup>。介護保険法は施行当初、要介護認定をめぐって若干の混乱もあったが、その後は順調に推移し、介護保険は高齢者ケアを担う中心的な制度としてドイツ社会の中に完全に定着したといわれている。

ところで、ドイツ連邦労働社会省は1997年12月に介護保険制度導入後最初の報告書である「介護保険の動向に関する第1次報告」を発表した<sup>41)</sup>。それによれば、1997年6月末現在で約160万人の要介護者が公的介護保険給付を受給していたという。その内訳は在宅介護受給者が約117万人、施設介護受給者が約43万人であった。在宅介護給付受給者は介護度Ⅰ及びⅡがそれぞれ48.9%、41.7%と大部分を占め、介護度Ⅲと特に過酷なケースの受給者はそれぞれ12.4%、0.1%と比較的に低率に止まっている。給付の種類別では、介護手当（現金給付）が76.9%を占めていたが、介護度が高くなると共にその割合は低下する。介護サービス（現物給付）の受給者は介護度Ⅰ～Ⅲでは9%前後を占めていたが、特に過酷なケースでは70%にも上っていた。

施設介護給付は介護施設入所者以外に障害者施設入所者も介護（全体の8%）の対象としていた。介護度別に見ると、介護度Ⅰが34.6%、Ⅱが39.8%、Ⅲが25.3%、特に過酷なケースが0.3%となっており、在宅介護に比べて要介護状態の重い者の割合が高くなっている。また、年齢階層別及び性別では、受給者は65歳以上に集中しており、特に80歳以上が過半を占めてい

た。在宅介護給付の場合には、介護度Ⅲで19歳以下が12.1%、39歳以下が21.9%と若年層の受給者が比較的大きな割合を占めていたが、施設介護給付の場合には、受給者の年齢が高く、介護度Ⅱ及びⅢでは受給者の70%前後を80歳以上の高齢者が占めていたのである<sup>42)</sup>。

### (3) 介護保険の評価

ドイツでは、介護保険の導入によって要介護者が社会扶助（公的扶助）から脱却しつつあり、社会扶助を運営する自治体は100億DM以上も負担を軽減されたといわれている。また、在宅介護を担うソーシャルステーションは1991年の約4,400カ所から97年9月には約1万1,700カ所にまで増加した。しかも、介護需要の増大は民間介護施設を激増させ、介護サービスの多様化と施設間の競争に拍車を掛けたのである。さらに、在宅介護の優先が原則とされた結果、施設入所数が減少したので、待機リストは解消され、空きベッドが出る始末にまでなっているという。

財政状況は制度施行以来、黒字基調で推移し、98年末までに累積黒字が約97億DMに達した。介護保険法が施行された1995年には、保険財政の安定を企図して保険料が給付よりも3か月先行して徴収され、準備金が蓄積されたからである。もちろん、この大幅な黒字要因は介護サービスの半分程度のコストで済む介護手当を給付として選択する要介護者の割合が圧倒的に高く、介護に当たる家族等も既に年金受給年齢

40) 伊東敬文「デンマークから見たドイツの介護制度」里美賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房、1996年第3部第2章191-206頁。土田武史『「ドイツ型」社会保障改革』『週刊社会保障』No.1871、1996年1月15日46-47頁、同「ドイツ介護保険の現金給付」『週刊社会保障』No.1879、1996年3月11日。

41) 『厚生白書』平成12年版、298頁。

42) 土田武史「ドイツ介護保険のその後」『図説高齢者白書1999』全国社会福祉協議会1999年171-182頁。1997年の給付は施設介護給付44.7%、介護手当30.1%、介護サービス12.4%、在宅介護従事者への社会保障（年金保険料等）費用8.3%という内訳になっていた。



に達している場合が多く、彼らへの年金保険料負担が予想外に少なかったなどの点にあったといわれる。とはいえ、1999年は単年度では黒字が見込めず、2000年以降はしばらく赤字基調が続くものと予想されている。

そこで、次ぎに国民が介護保険をどう評価しているか見ておこう。ドイツ国民の評価は1996年上半期にハンブルク大学のプロジェクト・チームが介護保険受給者を対象に行ったアンケート調査の報告書『介護保険及び在宅介護に関する意見と対応』からある程度まで判断することができる。即ち、「介護保険の導入は家族介護を支援している」と評価する者は64%に達し、否定的な者(16%)を大きく上回っていた。しかし、「国は介護保険によって在宅介護の支援を十分に行っている」と考える者は35%にすぎず、否定的な者(38%)を下回っており、国の支援は必ずしも十分とは考えられていない。また「介護保険の実施は在宅介護を改善した」と見る者は55%に上り、否定的な者は3%にすぎなかったが、「わからない」と回答する者も42%にも達している。さらに「介護の質が良くなった」(43%)、「介護サービスを受けるようになった」(35%)という肯定的な評価の回答が比較的高い割合を占めている。介護保険に対する満足度を要介護度別に見ると、介護度Iでは83%、介護度IIでは80%、介護度IIIでは75%が満足していると評価していた。介護度が高くなるほど満足度が低下する傾向にあるのは介護を担っている家族の負担が増大するためであると思われる。なお、介護保険の給付には上限が設けられ、給付の種類も限られているので、6割の受給者が介護費用の一部を自己負担していた。負担額は200~499マルクが25%と最も多く、1,000マルク以上の負担をする者も5%を超

えていたのである<sup>43)</sup>。

介護保険の導入後、介護施設が急速に増加したが、特に在宅介護を中心に私立施設が大きな比重を占めるようになった。ショートステイ、デイケアは福祉団体の施設が多いが、私立施設はナイトケアで最も多く、夜間介護などに積極的に取り組んでいた。介護施設の従事者は在宅介護施設では看護婦が35%、老人介護士が8%で、その他の介護専門職を合わせると72%に達する。また、完全入所施設における介護費用は介護度IとIIでは保険給付で介護費用の全てを賄うことができたが、介護度IIIでは介護費用の自己負担分もあったので、年金以外に収入がなければ入所費用を賄いきれない場合が少なくなかったという。さらに、介護度0の高齢者は保険給付がないので、入所費用の全てを自己負担しなければならず、その費用を負担できない場合には介護度が低いという理由で社会扶助の受給者とならざるを得なかったのである。

#### [4] アメリカ

##### (1) 医療・介護の営利化

アメリカは医療・介護の営利化政策を徹底的に追求した結果として、却って大きな弊害を招いてしまった典型的な国といえるかも知れない。自己責任を重視するアメリカ社会では、高齢者ケアについても自己責任が基本とされ、ヨーロッパ諸国や日本のような公的介護を保障する制度は存在していない。高齢者ケア施策をアメリカで強いて挙げれば、メデイケア(高齢

43) 土田前掲「ドイツ介護保険のその後」176-178頁。土田武史「介護保険に対するドイツ国民の評価」『週刊社会保障』No.2028, 1999年3月8日, 50-51頁。要介護認定については当初、認定作業が滞留し、却下率も高く地域格差が大きいといった問題が生じたが、審査方法は妥当とする者が圧倒的に多かった。

者や障害者のみを対象)が医療の範疇に入る介護サービスの一部をカバーし、メデケイド(公的医療扶助)が重い介護費用負担のために資産を食い潰して貧困層に転落してしまった高齢者をカバーする、という制度のみである<sup>44)</sup>。なお、アメリカ高齢者法は食事の宅配や入浴介助など医療の範疇に入らない介護サービスに対する連邦政府等の補助を定めている<sup>45)</sup>。

もちろん、アメリカでも高齢化が進んでおり、高齢化率は1997年現在の12.7% (3,410万人)から2025年には18.2% (6,140万人)に達するものと見られている。また、85歳以上の後期高齢人口も1997年現在の387万人(全人口の1.4%)から2025年には700万人(1.9%)へとほぼ倍増すると予測されている。にもかかわらず、アメリカでは未だ皆保険制度が実施されておらず、国民は高額な医療費負担を強いられ、必要な診療でさえも十分に受けることができないという。というのも、アメリカの無保険者は1998年現在で国民の18% (約4,400万人)にも上っているからである。しかも、医療サービスの価格が完全に自由化されているために非常に高騰を続け、医療サービス価格の格差を拡大させているのである。

アメリカでは特に1970年代以降、医療の危機が深刻化して行った。アメリカの総医療費は対GNP比で12%を超えているが、高い乳幼児死亡率や平均寿命の伸び悩みなどに象徴されるよう

に保健指数も他の先進諸国と比べて甚だ貧弱なものになっている。それというのも、メデケイドの適用基準は年収1~1.4万ドル以下なので、アメリカの貧困層3,300万人のうち2,000万人しかカバーされていないからである。しかも、民間医療保険は公的医療保険制度と比べて効率性が悪かった。何故ならば、公的制度は制度運営のために既存の徴税制度や役所・公務員組織などを活用することができたからである。イギリス、カナダ、ドイツでも民間医療保険会社の管理運営費対医療費比率はそれぞれ16%、11%、16%とかなり高率となっているが、例えばドイツの半公的医療保険「疾病金庫」のそれは僅か5%にすぎなかったのである。また、カナダの医療制度の管理運営費(国民1人当たり)は第3表のようにアメリカの約 $\frac{1}{4}$ にすぎなかった。

第3表 アメリカとカナダの医療制度管理運営費の比較(1987年度, 単位:ドル)

	アメリカ	カナダ
保険制度	106	17
病院	162	50
ナーシングホーム	26	9
診療所		
方式(1)	203	80
方式(2)	106	41
総費用		
高く見積もった場合	497	156
低く見積もった場合	400	117

(資料) 岡本祐三『医療と福祉の新時代』119頁。国民1人当たり負担金額に換算

44) アメリカの医療保険政策については広井良典『アメリカの医療政策と日本』勁草書房1992年43-77頁。石本忠義『世界の医療保障制度』勁草書房1982年第2章を参照。

45) 『厚生白書』平成12年版311頁。アメリカ高齢者法は長期療養施設または連邦政府等補助介護サービスの利用者及び家族に対して施設ケアにおける不満を聞き取り、報告するオンブズマンプログラムについて規定している。

## (2) 民活路線の陥穽

そこで、もしもアメリカがカナダと同様の国民皆保険制度を導入すれば、年間690~832億ドルの医療費が節約でき、無保険者4,000万人が必

要としている医療サービスを提供するのに十分な費用(182億ドル)を賄って余りあるだけの財源を捻出できるといわれている。しかも、アメリカの医療費(対GNP比)はカナダよりも高い上昇率を示してきた。もしもアメリカがカナダのような国民皆保険制度か、イギリスのような国営医療制度を導入すれば、第4表のようにそれぞれ292億ドル、384億ドルの経費を節約できたのである。日本では公的制度によるサービスはコストが高く、効率性が低いので、民営化すべきだとする議論が有力だが、アメリカの例に見られるように、国民皆保険制度は民間保険方式に比べてむしろコストが低いといつてよい<sup>46)</sup>。

第4表 制度改革で節約できる管理運営表  
(単位:10億ドル)

管理運営費	アメリカ (1983年度額)	導入すれば節約できる費用	
		国民皆保険制度	国営医療制度
医療保険など医療制度	15.6	6.7	6.4
病院	26.9	15.2	18.5
ナーシングホーム	4.1	1.1	2.5
診療所	31.1	6.2	11.0
計	77.7	29.2	38.4

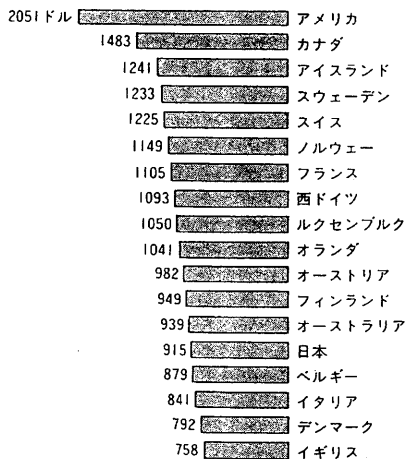
(資料) 岡本前掲書122頁。

アメリカとカナダの国民1人当たり医療費は第7図のように500ドルの差(それぞれ約2,000ドル, 約1,500ドル)があったが、管理運営費がそれぞれ400~500ドル, 120~160ドルを占めていたので、格差の大部分は管理運営費の差に由来していたといつてよい。つまり純粹の医療サービス費用は両国であまり変わらず、カナダの方が医療費を効率的に使用していると考えられるのである。

46) 岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社1993年105-123頁。アメリカでは補助金支出が急性疾患治療、高度医療技術、延命術に偏重しすぎているといわれる。

アメリカでは極端な民活路線が追求され、重度障害老人のケアサービスまでもが徹底的に営利ベースで行われてきた。障害老人の長期ケアは1950年代以降、ナーシングホーム(低級医療施設)に収容する政策が採られてきた。だが、ナーシングホームは75%が営利組織に属していたので、効率性の追求に急なあまりに様々な問題点を作り出してきた。例えば、アメリカのナーシングホームは「車椅子縛り」に象徴される如く、高齢者の人権をほとんど無視するなど国際的な水準に照らして見てもケア・レベルが極端に低かったのである<sup>47)</sup>。

また、ホーム入所費用はメデイケアがごく一



(資料) 岡本前掲書112頁。

第7図 国別1人当たり医療費(1987年)

47) 山井前掲書『体験ルポ世界の高齢者福祉』106-115頁。アメリカの老人ホームの75%は営利企業経営のシルバービジネスであり、典型的な労働集約型産業(人件費が経費の7割)。椅子縛りをやめれば、更に多くの職員が必要となる。アメリカ高齢者福祉の底流には「モノを生産しない人間にお金をかけるのはムダ。できるだけ民間に任せようが、国家としては安上がり」という経営合理主義の考え方があるという。また1970年代に急成長した老人ホームビジネスも80年代末には人件費高騰と深刻な人手不足から危機に陥り、低賃金で働く移民労働者を介護職員として大量に使用するようになったのである。

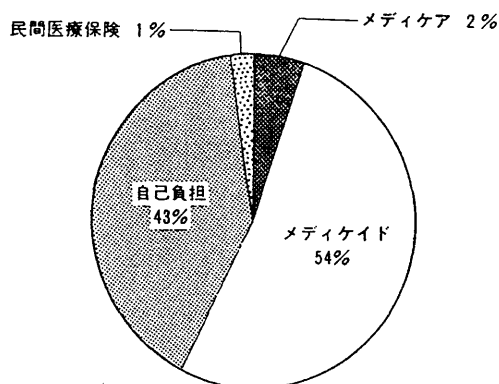
部分を負担しているのを除けば、基本的には本人の自己負担となっている。というのも、それらの費用をカバーする民間保険は採算に乗りにくいためにほとんど存在していないからである。さらに、入院の長期化に伴って大半の老人世帯が破産し、メデイケイドの適用を受けざるを得なくなり、多くの貧困老人が低レベルのナーシングホームに大量に滞留していた。ナーシングホームの年間平均費用は2.2万ドルで、患者の54%が入院後6カ月も経過すれば破産し、生活保護世帯へと転落してしまうといわれている。ナーシングホームの費用（全米）は1988年で350億ドル（約4兆円）に達し、第8図のように公費と私費が折半で支弁し、民間保険は僅か1%を占めるにすぎなかった。民活路線が徹底的に追及されているアメリカでも、費用計算が難しいために長期ケア保険（ナーシングホーム費用、在宅ケアサービス）の民営化は困難と

なっている。しかも、貧困者医療扶助に約2兆円の税金が投入されているが、メデイケイド受給者は自助主義が支配的なアメリカでは大きな恥辱を被らざるを得ないのである<sup>48)</sup>。

### (3) 社会的入院の増加

疾病に陥った場合に、アメリカの老人は自己負担によって自宅で援護サービスを受けるか、公的負担によって病院に入院するか、いずれかを選ばなければならない。施設入院はナーシングホームでも、専門的看護ケアが必要でなければメデイケアの対象外となるので、むしろ病院に入院した方が有利だった。こうして老人の社会的入院がアメリカでも増加した。しかし、慢性疾患を全て病院でケアすることは公費の無駄遣いであり、施設等の社会的資源の濫用でもある。もしも在宅ケアなどの公的な介護サービスが適切に供給されれば、高齢者はより安価で質の高い生活を享受することができる筈である。だが、公費が施設入院以外のサービスには充分に利用できず、またその受け皿も不十分だったので、アメリカの高齢者は在宅ケアをあまり活用することができなかつた。もしも公費支出の重点が入院治療から病院外支援サービスに転換されれば、老人は快適な在宅生活を支援され、医療費も節約される可能性があったのである。

しかし、アメリカの老人は金持ちと貧乏人を除いて、入院治療であれ在宅ケアであれ急性疾患治療でなければ、医療給付を受給できなかった。アメリカでは、ナーシングホーム入院も患者に急性疾患治療の必要がなければ、メデイケアからの公費負担が拒絶されていたからである。一方、もしも患者がメデイケイドの適用対象となるほどに貧しければ、医療を全く必要としなくともナーシングホームへ入院することが



(資料) 岡本前掲書129頁

第8図 ナーシングホーム費用負担の内訳 (1988年)

48) 岡本前掲書125-141頁。同『デンマークに学ぶ豊かな老後』朝日文庫1993年152-179頁。ミュンディンガー前掲邦訳書260-261頁。1994年のナーシングホーム経費は公費58%（メデイケア8%）、自己負担37%、民間医療保険3%、その他2%によって賄われていた（Statistical Abstract of the United States 1996, pp.114-115）。

できた。もちろん、それには恥辱が伴うので、好んで受給する患者は稀であり、限られた人々にとっての最後の手段にすぎなかったのだか<sup>49)</sup>。

在宅ケア・サービスに対する高齢者のニーズはアメリカでも高まっているが、メデイケアは在宅ケアを単なる副次的なサービスとして軽視してきた。病弱な老人は慢性的な三大疾患（癌、糖尿病、心血管系疾患）や身体障害を抱えた者が多く、在宅ケア・サービスに対する必要性も高い。しかし、メデイケアは急性状態の医学治療が必要な場合にだけ短期的援助を支給する制度なので、高齢者は治療の必要性がなくなった時点でサービスの利用資格を打ち切られてしまうのである。一方、ナーシングホームは24時間体制のケアに要する職員を揃えて置かなければならないので費用が嵩み、結局は巨額の公費がメデイケアなどを通じて投じられているのである。そこで、もしもデイケアが公費で利用できるようになれば、病弱な老人の自立を促し、施設入院を防ぐことができると考えられる。北欧では一般的に見られるように、デイケアセンターは老人に社交の機会や安全な面倒を提供し、家族を支援して身内の老人が在宅でも暮らせるようにし、費用のかかる施設入院を減らす機能を備えていた。だが、メデイケアはこうした施設入院予防サービスを依然として軽視し、急性疾患治療を偏重した運営を続け、徒に老人の社会的入院を増やし、医療費の膨張を招いているのである<sup>50)</sup>。

49) ミュンディンガー前掲邦訳書260-262頁。

50) メデイケア以外の在宅ケア関連制度にはメデイケア、連邦一州・社会サービス制度、老齢国民法などがある（前掲書264-276頁）。なお、1994年のメデイケア支出は入院費用60%、医師診療費23%、ナーシングホーム経費3%、管理運営費2%などからなっていた（*Statistical Abstract of the United States* 1996,p. 114）。

## IV 日本の介護保険

### [1] 導入の背景

日本の介護政策は1980年代末まではほとんど不在であったといってもよく、介護は家事と同じく主婦のなすべき仕事と見なされてきた。というのも、介護の社会化という考え方が日本では甚だ馴染みにくかったからである。その結果、介護や育児に対する公的福祉サービスは整備が決定的に遅れることになり、少子高齢化問題を深刻化させてきたのである。寝たきり老人の増加など介護問題が顕在化し始めたのは1960年代後半以降のことであり、68年には70歳以上の在宅で寝たきりの老人の数が20万人を超えた。

しかも、寝たきり老人は欧米諸国ではほとんど見られず、日本に固有の存在であることが1980年代半ば以降、次第に知られるようになってきた。1985年の「敬老の日」に朝日新聞一面に載った『座標』欄で大熊由紀子論説委員が「寝たきり老人の存在が日本に特有な現象」であることを福祉関係者の反発を気にしながら思いきって指摘したことを切っ掛けにして、北欧の老人ケア施設を訪問した福祉関係者が相次いで「寝たきり老人ゼロ」を再確認するに及んで、日本の寝たきり老人は「寝たきり老人でなく、寝かせきりにされた老人」とあるという実態が浮き彫りにされるようになった<sup>51)</sup>。というのも、高齢者は寝かせきりにされると骨の中のカルシウムが減少し、骨が曲がったり縮んだりして1週間ほどで歩けなくなり、頭もボケてしまうといわれているからである。

51) 大熊由紀子『「寝たきり老人」のいる国いない国』ぶどう社1990年11-16頁。山井前掲書『体験ルポ世界の高齢者福祉』40-44頁。岡本祐三『高齢者医療と福祉』岩波新書1996年91頁。

にもかかわらず、日本ではリハビリを含む継続的な介護体制が整っておらず、病気の老人は寝かせて安静にさせておけばよいという風潮も強かったので、大量の寝たきり老人が作り出されることになってしまったのである。寝たきり老人は既に1986年の時点で60万人（高齢者の5%）にも達していた。だが、前述のように北欧における「寝たきり老人ゼロ」の事情が広く知られ、「寝たきり老人とは寝かせきり老人のことだ」という社会通念が定着するようになって、厚生省もようやく寝たきり老人問題が老人病院の過剰診療や医療費ムダ使いを抑制するだけでは解決できないことを理解し、リハビリ体制の整備と同時に障害老人への施設と在宅での支援という生活援助（福祉）を重視する政策へと転換し始めた。高齢化問題は医療と福祉の統合化を図らなければ解決できないということを厚生省も遅ればせながらもようやく気づいたのである<sup>52)</sup>。「高齢者保健福祉推進10か年戦略」（ゴールドプラン、1990年発足）においては特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設整備と共に、在宅福祉の三本柱（ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ）の拡充によって高齢障害者の在宅生活支援に本腰を入れるに至った。その後、全国の市町村が発表した「市町村老人保健福祉計画」を積み上げて、1995年に旧ゴールドプランの目標を大幅に上方修正した新

ゴールドプランが発足することになった。

さて、寝たきり老人の問題は日本人の平均寿命が戦後急速に伸び、食事や生活環境も変化して成人病が増加する一方で、医療技術が進歩して患者の延命に大きな効果を発揮するようになったために深刻化してきたのである。また、家族介護は三世同居の世帯が減少し、核家族化やサラリーマン世帯化が急速に進んだ結果、ほとんど非現実的なものとなっている。しかも、国民健康保険や老人保健制度は財政的に危機的状况に陥っており、老人医療費に含まれている介護色の強い部分を介護保険のような形で老人保健制度から切り離せば、国民健康保険や他の健康保険制度の負担が軽減されると考えられる。こうして介護保険は行き詰まった老人保健法を延命させる政策として構想されることになったのである<sup>53)</sup>。

今後も高齢化が益々進展し、介護費用の膨張を招かざるを得ないとすれば、財源は国民に新たな負担を求めることによってしか調達できない。だが、国民が消費税率の引上げなどの増税に対して強い拒否反応を示しそうであったので、政府や厚生省はより抵抗の少ない社会保険方式で国民に新たな負担を求めることにしたのである。しかも、保険料は税とは異なり厚生省の自主財源にもなるので、大蔵省との面倒な折衝によって予算を獲得する必要もなくなると考えられたからである。こうした背景の下に1997年12月に介護保険法が制定され、2000年4月から実施されることになったのだが、地方自治体は高齢化の最前線にあったことから国に先駆けて介護問題に取り組んできた。そうした介護をめぐる自治体の試行錯誤は現下の介護保険制度

52) 岡本前掲書『高齢者医療と福祉』91-92頁。北欧から学んだ「寝たきり老人ゼロ対策」は①医療：障害発生直後のリハビリ体制の整備、訪問介護、②福祉：日常生活の自立支援、ホームヘルパー（24時間巡回型）、デイケアセンター、補助器具、住宅改造、宅配食サービス、個室制介護施設、③安心と楽しみの提供：デイセンター、外出、旅行、などであるとされる。高齢障害者への対応は医療重視型から福祉重視型へというのが世界的趨勢であり、費用効率の面からも優れているといわれる（同書98-100頁）。

53) 伊藤周平『介護保険：その実像と問題点』青木書店1997年、61頁。

にも大きな影響を与えたと思われるので、次に自治体が行ってきた高齢化対策について見ておくことにする。

## [2] 自治体の高齢化対策

### (1) 山形県西川町

西川町の高齢化率は山形県下では最高の25%に達しており、現在も年率1%の勢いで上昇している。しかし、医療費は県下で5位に止まっており、その抑制に一応成功しているといつてよい。西川町が医療費の抑制に成果を挙げている理由は保健・医療・福祉の統合化を目指した総合計画を実施したことにあるといわれる<sup>54)</sup>。

西川町は1992年に町役場に隣接する中心地にケアハイツ西川を建設し、特養老人ホームと老人保健施設を併設した。しかも、ケアハイツ西川は町立病院、及び西川町保健センターと渡り廊下で相互に連結されていた。高齢者は痴呆化を防止する上で特に「生活の継続性」が重要とされ、そのためには知人の多い町中に住み続けることが必要だが、一般に老人ホーム等は土地の安い郊外に建設されることが多い。この点でも西川町の施策は画期的な試みといえる。

ケアハイツ西川はデイサービスセンターを併設しており、その利用料金は1日1,500円と年金生活老人にとっては多少の出費となるが、億劫がらずに廊下で繋がった病院に出向き診療を受けたり薬をもらったりすることができるので、大変重宝がられているという。町立病院(1957年設立で病床51床)はケアハイツ西川(老人保健施設30床、特養老人ホーム30床、ショートステイ分8床)に併設されることによって病床

(ベッド)数を16床削減し、長期入院も減らすことができた。もしも老人ホームや老人保健施設が不足していれば、高齢者は病院に入院するしかないのでは社会的入院を増やし、結局は町の医療費負担を増大させて、社会的コストを押し上げることになるのである。

これを避けるためには医療と福祉を統合化して、福祉が病院治療(医療)の終わった患者を迅速に引き受けてケアする円滑な連携プレー体制を構築する必要がある。実際、これこそが北欧の成果から学ぶべき統合化のメリットというものではないだろうか。西川町もかつては老人ホームは福祉事務所、ホームヘルパーやデイサービスは社会福祉協議会、病院入院は健康保険課といった縦割行政を採っていたが、1993年4月に保健、医療、福祉の各行政を1つの窓口で統合化して北欧の範に倣ったのである。

### (2) 兵庫県加西市

加西市は兼業農家が全世帯の44%を占める農村地帯であったが、近年には電気機械などの工場が相次いで進出するに至っている。高齢化率は1994年に16.4%と、全国平均よりもやや高水準にあった。加西市はこうした急速な高齢化に対して早くから「寝たきりゼロの町づくり」を推進してきた結果、寝たきり老人指数を1984～1994年に2.05から1.20へと大幅に低下させることができた。もちろん、この成果は市が実施してきた活発な訪問指導と積極的な保健・福祉サービスの整備によって達成されたのである<sup>55)</sup>。

周知のように老人の寝たきりや痴呆が悪化するのを防ぐためには早期発見と早期治療・リハ

54) 山井和則・斉藤弥生『体験ルポ日本の高齢者福祉』岩波新書1994年130-144頁。

55) 山井他前掲書『体験ルポ日本の高齢者福祉』145-152頁。

ビリが不可欠である。そのためには当該老人の家族が抱く恥意識を払拭し、気軽に役所に相談できる体制を作っておく必要があった。実際、加西市では保健婦の訪問指導によってサービスの利用を開始したケースがホームヘルプサービスとショートステイで100%、デイサービスでも90%に達しており（1992年）、顔見知りの保健婦のアドバイスが在宅ケア・サービスの利用を促す上で決定的な役割を果たしている状況が伺われる。

加西市の保健婦は市立病院とも密接な連絡を取り合いながら医療・保健・福祉を調整する役割を与えられている。というのも、在宅ケア利用者の満足度は医療・保健・福祉のすべてのサービスを同時に利用できた老人ほど高く、これらのサービスを切れ目なく提供することが必要とされたからである。もちろん、加西市も在宅福祉の充実によって老人医療費を抑制できることを見事に証明した。例えば、寝たきり老人の医療費（1人1ヵ月）は在宅の場合7万3,102円、状態悪化時のみ一般病院入院の場合15万8,881円、老人病院の場合39万3,140円となっており、在宅ケアのケースが格段に安価となっていたのである。

この在宅ケア重視の甲斐もあって、加西市の老人医療費（92年度1人当たり）は47万592円となり、兵庫県の平均である63万8,146円と比べて36%以上も少なかった。これは活発な訪問看護指導を展開して高齢者に早期の福祉サービス利用を促してきた成果が次第に現れ、寝たきり老人を減らして、不必要な入院コストを節約できるようになった結果であるといえよう。

### (3) 大阪府枚方市

枚方市の高齢化率は1994年に9%にすぎず全

国平均と比べてもかなり低かったが、それでも2005年以降は高齢社会に突入するものと予想されている。これに備えて枚方市は「敬老の日」にお年寄りに支給してきた敬老金を廃止して、浮いた財源で24時間体制の在宅ケアに乗り出したのである。1994年に老人ホームへの入所待機者を対象として24時間体制の在宅ケアが、敬老金の廃止によって調達された1億6,000万円の財源に基づいて実施された。もちろん、こうした試みはデンマークの老人ホームを調査訪問した市関係者の体験が生かされていたのである。

しかも、1991年に市内で実施された調査は長期入院患者のうち6割以上がヘルパーの支援を受ければ退院可能な者であり、医療費がムダ使いされているという事実を明らかにした。むしろ、枚方市は高齢者を老人ホームに入居させるよりも病院に入院させてしまえば、負担を約 $\frac{1}{3}$ に減らすことができる。実際、枚方市の医療費は全国的に見ても高水準にあり、老人1人当たり年間83万円にも上っていた。このうち入院している老人の医療費はおおよそ660万円にも達していたのである。しかし、老人保健法があるので、枚方市の直接的負担額は市独自の入院見舞金6万円を含めても僅か38万円にすぎなかった。これに対して特養老人ホームは入所者1人当たり年間320万円の経費が掛かったが、市は利用者の自己負担分を除く140万円を負担しなければならなかったのである<sup>56)</sup>。

### (4) 北海道札幌市

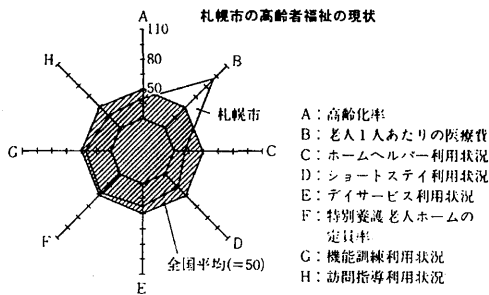
道庁所在地である札幌市の高齢化率は1991年に9.6%で、全国平均と比較すればまだかなり低

56) 山井他前掲書『体験ルポ日本の高齢者福祉』153-161頁。



かった。その分だけ高齢化への危機感が希薄になるのか、第9図のように札幌市は老人福祉の遅れを医療で対応せざるを得なくなっている。同市の福祉サービス（特に在宅福祉）水準は全国平均を大幅に下回っていた。一方、高齢者1人当たりの医療費は全国一（全国平均の2.5倍）となっており、市内の老人病院数も全国でトップレベルを占めていたのである<sup>57)</sup>。

老人病院は8～10人部屋が一般的で、生活の場としては相応しいとはいえないが、在宅福祉サービスの整備が大幅に遅れているために、要介護老人は老人病院への入院以外に選択の余地がないというのが実情であった。しかも、再三にわたって指摘しているように、入院は在宅ケアに比べて社会的なコストをより高く押し上げているのである。



(資料) 山井和則・斉藤弥生『体験ルポ・日本の高齢者福祉』162頁。

第9図 札幌市の高齢者福祉の現状

### (5) 広島県御調町

尾道市に隣接する御調町（人口8,331人）の高齢化率は1990年代末に27%に達し、全国平均の16%を遥かに凌駕していた。にもかかわらず、御調町の在宅寝たきり老人は1999年に全老人の0.8%（17人）と全国平均（1998年1.53%）のほぼ半分すぎなかった。だが、御調町は1970年

代まではむしろ寝たきり老人の多い町として有名で、1980年の寝たきり老人比率は3.8%にも上っていた。そこで、御調町は寝たきりゼロ作戦に乗り出すことによって寝たきり老人の比率を $\frac{1}{4}$ にまで減らすことができたのである<sup>58)</sup>。

御調町の寝たきりゼロ作戦は公立みつぎ総合病院（病床数240床、16診療科、職員数470名、診療圏域人口7万人）を中核として開始された。御調町でも1970年代までは寝かせきりによって作られた寝たきり老人が常時50～60人にも上っており、全老人に占める比率では全国平均を遥かに超えていた。そこで、1980年代に入り、公立みつぎ総合病院が中心となって訪問看護やホームヘルパーの派遣などを行い、在宅ケアを積極的に推進したのである。

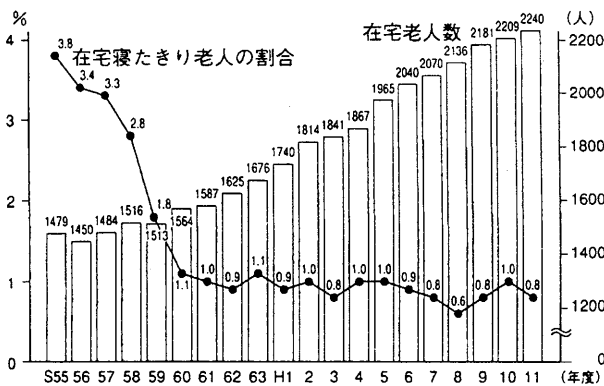
しかし、みつぎ総合病院は訪問看護を開始して間もなく、福祉の壁が効果的な在宅ケアを妨げていることに気づき始めた。身障者手帳や手当ての交付、車椅子やベッド等機器類の貸与、ホームヘルパーの派遣等はいずれも福祉に属し、町住民課の所管となっていたので、町立病院長といえどもヘルパーの派遣命令権を待たず、住民の要望に十分に答えられなかったのである。そこで、病院が中心となって医療と行政部門をドッキングさせ、保健・医療・福祉の連携・統合化を図り、福祉の壁を取り払おうとした。

1983年の第5次病院全面増改築工事の際、病院内に健康管理センター（保健福祉センター）が併設され、町住民課福祉担当部門と社会福祉協議会のホームヘルパー、厚生課保健担当部門の保健婦などが同センターに移管されることになった。また1988年には国民健康保険担当部門

57) 山井他前掲書『体験ルポ日本の高齢者福祉』162-163頁。

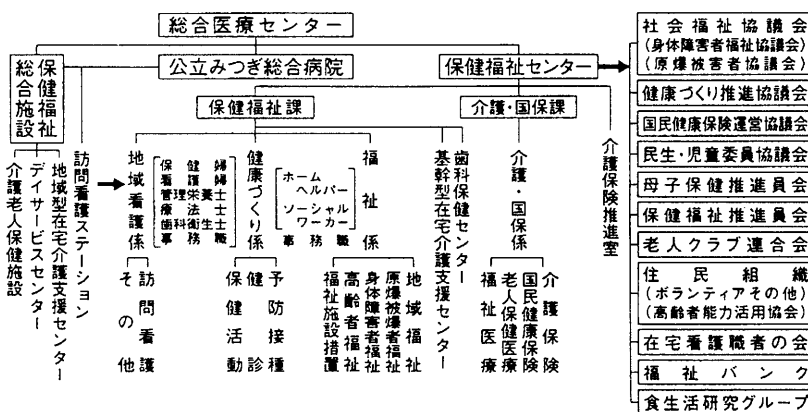
58) 公立みつぎ総合病院『御調町における地域包括ケアシステム-寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携-』2000年4月1-4頁。

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料) 公立みつき総合病院前掲書3頁。

第10図 御調町における在宅老人と在宅寝たきり老人の推移



(資料) 公立みつき総合病院前掲書4頁。

第11図 御調町保健福祉センターの組織・機構

が同センターに移管され、病院長がセンター所長も兼務するに至った（後に保健医療福祉管理者が所長を兼務）。こうして在宅サービスが一元化されることになり、ケアの質を向上させることに繋がり、第10図のように寝たきり老人を10年前の $\frac{1}{4}$ に減らす成果を挙げたのである。この成果が影響を及ぼしたのかどうかは分からぬが、広島県庁も1992年に福祉保健部を新設し、93年には保健所と福祉事務所を統合する大幅な機構改革を実施している。なお、統合化後の保健福祉センターの組織・機構を示しておけば、第11図のようにになっている。

もちろん、御調町はスウェーデンと同様の取り組み方法で寝たきり老人の削減とコストの抑制を同時に達成したのである。寝たきり老人が多かった時期の御調町は高率の医療費膨張に悩まされていた。しかし、御調町は在宅ケアに重点を置くことによって、寝たきり老人を大幅に減少させたばかりでなく、医療費の伸びを県平均水準以下（年によってはマイナス）に抑えることができたのである<sup>59)</sup>。

またユニークな試みとして御調町は地域住民

59) 山井他掲書『体験ルポ日本の高齢者福祉』170-173, 210-212頁。

第5表 福祉バンク訪問活動状況

○協力会員 1,683人 ○利用会員 206人 (平成2年12月～12年3月)  
在宅福祉サービス活動内容

家事援助サービス		介護サービス	
掃除・洗濯	279件	移動の介助	170件
食事準備	492	排泄の介助	220
話し相手	920	食事の介助	110
庭の掃除・除草	405	整容	38
買い物	438	入浴の介助	25
外出の同行	170	着替えの介助	159
家屋の補修	82	身体全体の清拭	94
その他	303	湿布等(看護の介助)	33
		リハビリ・その他	680
計	3,089 (66.9%)	計	1,529 (33.1%)

総計 4,618  
訪問実人員 813人 訪問件数 50,442件 訪問家庭実数 250世帯  
(協力会員の実稼働数) 訪問延べ人員 13,290人 訪問延べ時間 17,052時間

(資料) 公立みつぎ総合病院前掲書7頁。

の福祉への参加を促すために、1990年12月に福祉バンク制度を発足させた。それは地域住民が元気な時に寝たきりの要介護老人の面倒を見ることにより、自分が将来倒れて介護を要するようになった時に看てもらえるという制度である。1時間1点という点数制で、それらを貯蓄できる時間貯蓄制度が採用されている<sup>60)</sup>。その活動状況を示しておけば第5表のようになる。

#### (6) 愛知県高浜市

名古屋市の東南25キロに位置する高浜市(1999年の人口3.8万人)は高齢化率が13.9%で、全国平均をやや下回っていた。高浜市は現在でも決して福祉先進市とはいえないが、それでも全国から注目を浴び、視察や取材がひっきりなしに訪れているという。その理由は高齢者保健福祉計画の達成、1996年4月にオープンした福祉の総合窓口「いきいき広場」の開設、人材養成努力、といった3つの施策が高く評価されている

ためである<sup>61)</sup>。

1989年当時、駅前再開発事業の中身をどうするかということが問題になった時、「旅行代理店のよう、ここへくれば福祉に関するあらゆる相談や手続きができてしまう、そんな窓口を開いたら」という女性職員のアイデアを当時の市長が取り上げ、96年4月に「いきいき広場」が開設されることになった。広場には市の福祉課、社会福祉協議会、在宅介護支援センター、福祉機器ショールーム、そして住民票・印鑑証明・戸籍謄本などの窓口が集まっている。業務時間は年末年始を除き午前7時30分から午後9時までとなっており、福祉のことなら何でも「いきいき広場」へ行けばよいという合言葉が市民の間にも浸透しているという。また、この総合窓口化によって行政と社会福祉協議会(社協)そして支援センターの連携がより円滑になったともいわれる。

1994年10月、半年の準備期間を経て、社協が住民互助型サービスをスタートさせた。内容は

60) 国のゴールドプランでも「寝たきり老人ゼロ作戦」の要員の中で、地域における住民参加を促すために在宅介護相談協力員の設置を謳っている(前掲書)。

61) 岸本和行「システムとしての在宅介護サービス」『介護保険元年2000』(『からだの科学』臨時増刊)1999年7月、60-63頁。

介護、家事援助及びベビーシッターなどからなり、公的サービスができない部分をカバーすることを目的としていた。ホームヘルプサービスは1995年に24時間体制を始める前にチーム運営方式を導入した。この方式はヘルパー同士がミーティングなどを通じて相互に点検し合いながら業務の改善を図るのに役立ったといわれる。1996年4月に24時間体制に移行するに伴って、パート及び登録ヘルパーを増員すると同時に、正規、パート及び登録の区別なく全員が同じ業務をこなす「高浜方式」を確立した。また、1995年度以降、OJTやOFFJTなどの研修制度が積極的に導入され、多様な雇用形態からなるヘルパーの資質を維持・向上するための努力もなされているという。

1998年4月には公立グループホーム「あ・うん」が痴呆性老人向けに愛知県下で初めて開設された。同ホームは建築費を新築(6,000万円)ではなく民家の改造(500万円)で済ませることによって節約し、入居者の負担をできるだけ抑えようとした。また、同月に市内で3カ所目に開設されたデイサービスセンターは高齢者向けのデイサービスと保育園を一体として運営する新しい試みに着手した。さらに高浜市は1999年1月に高齢者の単独及び夫婦世帯を対象として、市内11軒のお店と協力(社会福祉協議会の給食サービス協力会員として登録)して、利用者が自由に選んで注文できる20メニュー(和食、中華、洋食など)を用意して配達する制度を始めた。1食450円であったが、個人の負担は250円で済み、高齢者はこれによって食生活の面から自立支援を継続的に受けられるようになった。しかも、配達の際に高齢者の安否確認ができる上に、配達を通じて孤独になりがちな高齢者との心の触れ合いも生まれるなど様々な波及

効果も指摘されている<sup>62)</sup>。

### [3] 介護保険制度の導入

#### (1) 介護保険制度の目的と理念

前述の如く欧米諸国や日本の地方自治体がこれまで実施してきた高齢者ケアの実態を検討してきたが、そこから学んだ教訓は保健・医療・福祉の適切な統合化を図ればケアの質を高めると同時に社会的コスト(総費用)も抑えることができるということであった。福祉(介護)費をケチっても、社会的入院を助長し、病院の検査漬け・薬漬けを横行させることになれば、社会的なコストはむしろ増加し、高齢患者も尊厳を傷つけられ、人間らしく生きる権利さえ奪われることにもなる。高齢者ケアは保健・医療・福祉が緊密に連携し合いながらそれぞれ適切なメニューを適切な量だけ提供できるように調整される必要がある。そうすることによって要介護者の尊厳と社会的コストの抑制という二律背反的な目的もどうにか折り合いをつけることができるのではないだろうか。

さて、介護保険の導入以前には、高齢者の介護サービスは措置制度(老人福祉法に基づき行政が内容を決定)と老人医療によって担われていた。しかし、措置制度は公費に依存していたので予算の制約を受け、行政機関がサービスの利用対象や内容を決めていたので、急速に進む高齢化の中で増大する介護ニーズに対応して拡

62) 福岡県春日市の社会福祉協議会は1975年から在宅の虚弱高齢者や寝たきり老人などへバランスの取れた食事を届けると共に利用者の安否を確認する配食サービスを1日2食・年間365日行っている。この先駆的サービスの切っ掛けは「高齢者の一番の日常的不安は食事である」という当時のホームヘルパーからの問題提起にあったといわれる。福祉協議会の独自事業として開始された配食サービスは翌年度以降春日市から運営費補助を受け、1992年以降は国庫補助も受けている(『厚生白書』平成12年版95頁)。

充することができなかった。そこで、従来の制度を単に延長するのではなく、高齢社会のニーズに対応できる新たな仕組みとして介護保健制度が構想されることになった。介護保健制度は社会的入院を減らし、家族を「介護地獄」から救う仕組みになることが期待されていたのである<sup>63)</sup>。

介護保険法(1997年)は要介護者が自立した日常生活を営めるように必要な介護サービスを提供することを目的として規定し、要介護高齢者の自立支援を理念として掲げていた。この理念は1980年代以降の在宅サービス重視の流れを受けて、本人が希望すれば住み慣れた地域での生活を続けられるように多様な在宅サービスを提供して自立を支援しようというものであった。むろん、介護報酬の面でも、リハビリや機能訓練が手厚く評価されるほか、施設退所者の居宅療養に必要な指導を行った場合にも介護報酬が加算された。また、要介護状態に至らぬ要支援状態の者に対しても要介護状態に陥るのを予防するために在宅サービスを提供するなど、自立支援の理念が貫かれていたのである。

介護保険制度は介護ニーズが普遍的に増加し、家族が「介護地獄」に陥っている状況を踏まえて構想された。高齢者は要介護状態にあるか否かという介護ニーズのみに基づいてサービスの提供が決定され、権利として適切な介護サービスを選択して受給することができた。もちろん、介護保険制度の下で介護サービスを利用するためには、まず保険者である市町村による介護認定や要支援認定を受けなければならなかった。サービス提供の前提となる認定は

「全国一律の客観的で公平な基準」に基づいて実施されることになっており、介護認定審査会(保健・医療・福祉の学識経験者5名で構成)の合議で審査判定を行い、市町村長が認定することになっていたのである<sup>64)</sup>。

ところで、従来の介護サービスは高齢者福祉政策に基づく施策が全額公費、老人保健制度に基づく施策が公費と医療保険料の折半で賄われてきた。介護保険制度は老人保健制度方式を踏襲して公費(1/2を国、各1/4を都道府県と市町村が負担)と保険料の折半によって財源を調達することになった。また、介護保険制度は医療保険とは異なって高齢者一人一人に所得に応じた保険料の支払いを義務付けている。社会保険方式は給付と負担の対応関係が明確なので、今後膨張が見込まれる介護費用を賄う仕組みとしては現実的であり、利用者が権利としてサービスの選択や利用を保障される点では社会扶助方式よりも優れていると看做された。

被保険者は第1号(65歳以上の者)及び第2号(40~64歳の医療保険加入者)からなり、給付率は原則9割で1割の自己負担が課されるほか、原則的に上限が設けられていた(支給限度額は基準額の9割)。しかも、保険給付は在宅中心主義が採られていた。給付は市町村の認定を受けた者が介護支援専門員の作成する「ケアプラン」に基づいて実施されることになっていた。

これまで高齢者福祉は低所得者向けの施策という限界を超えられず、増大する介護ニーズに対応できなかったため、医療施設が介護ニーズの一部

63) 『厚生白書』平成12年版129頁。袖井孝子「要介護認定をめぐる諸問題」『週刊社会保障』No.2092。2000年6月26日46-47頁。

64) 介護保険は①地方分権、②公平性と効率性、③選択の自由、という3つの幻想に憑かれていると菅沼氏は批判している。生活の在り様は千差万別なので全国一律の基準など公平性を担保できないと主張している(菅沼隆『この国のかたち』としての介護保険)『週刊社会保障』No.2095。2000年7月17日24-27頁)。

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策

第6表 年齢階級別に見た要介護者率・寝たきり者率

年齢階級	要介護者率（人口千対）			寝たきり者率（人口千対）		
	平成4年	平成7年	平成10年	平成4年	平成7年	平成10年
総数	9.7	9.9	10.5	2.9	3.0	3.0
6～39歳	1.4	1.6	1.8	0.2	0.3	0.3
40～64	4.7	3.9	3.3	0.8	0.7	0.6
65歳以上	52.3	49.3	48.7	18.1	16.2	15.3

（資料）『週刊社会保障』No.2048, 1999年8月2日, 50頁。

第7表 ケアプランの作成状況について

（3月31日現在）

居宅サービス計画作成依頼届出数	1,195,197人	
セルフケアプラン作成数	4,474人	
合計	1,199,671人	82.3%
未届出数	257,177人	17.7%
合計	1,456,848人	100.0%
介護保険施設入所者数	581,790人	
総計	2,038,638人	

（資料）『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日～8日, 30頁。

を社会的入院という形で吸収してきたのである。こうした医療と福祉の垣根は医療費を膨張させ、医療保険を危機に陥れることになった。むろん、既に1990年代には介護予防施策が実施され、第6表のように高齢者が寝たきりなど要介護状態に陥るのを防ぐ上である程度の効果を挙げてきた。そこで、介護保険制度は北欧諸国などの先例に倣って福祉と医療の統合化を図り、高齢者が適切な介護サービスを総合的に利用できるようにしたのである。

(2) 導入後の状況と問題

2000年4月1日に始まった介護保険制度は一体どのような状況にあるのだろうか。全国3,252市町村を対象に実施された「介護保険施行直後事務調査」は①ケアプランの作成状況（3月31日現在）、②保険料率の段階（4月1日現在）、③市町村特別給付（4月1日現在）、④利用者負担の軽減施策（4月1日現在）、などについて明らかにしている（回答は3,248市町村）。

第8表 一次判定と二次判定の比較

平成11年3月末日現在

	件数(件)	割合(%)		件数(件)	割合(%)
6段階上昇	0	0.0%	上昇	253,019	16.1%
5段階上昇	1	0.0%			
4段階上昇	61	0.0%			
3段階上昇	628	0.0%			
2段階上昇	14,111	0.9%			
1段階上昇	238,218	15.2%			
変化なし	1,236,732	78.7%	変化なし	1,236,732	78.7%
1段階下降	77,994	5.0%	下降	81,309	5.2%
2段階下降	3,138	0.2%			
3段階下降	105	0.0%			
4段階下降	28	0.0%			
5段階下降	15	0.0%			
6段階下降	29	0.0%			
合計	1,571,060	100.0%		1,571,060	100.0%

（資料）『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日～8日, 32頁。

（注）上記には、介護認定審査会において特定疾病に該当していないため二次判定を「非該当」としたものが含まれている。

同調査結果によれば、3月31日までに市町村に居宅サービス計画作成依頼届を提出したのは第7表のように119万5,197人で、計画の自己作成を届け出ている4,474人を合わせると119万9,671人に上った。これは要介護認定で要支援・要介護の判定を受けた203万8,638人から介護保険施設入所者数58万1,790人を差し引いた145万6,848人の82.3%に達する<sup>65)</sup>。

また「要介護認定における一次判定の比較」によれば、第8表のように78.7%が判定の変更

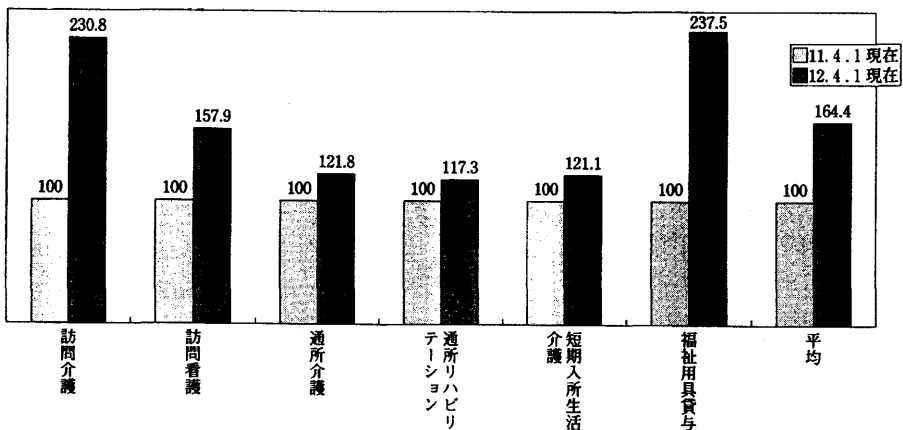
65) 『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1～8日, 30-35頁。残り17.7%の未届は①一般病院に入院中、②認定は受けたが当面はサービス利用の予定がない、③既に居宅介護支援事業者に居宅サービス計画を依頼済み、などの理由のためであった。

第9表 施設類型別の要介護度

平成11年3月末日現在

	在宅		介護保険施設						その他施設		全体			
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)		
非該当	85,456	7.7	2,058	0.5	907	0.5	727	0.5	424	0.7	814	1.4	88,328	5.6
要支援	181,663	16.3	11,061	2.7	5,035	2.5	4,646	3.2	1,380	2.3	2,416	4.2	195,140	12.4
要介護1	297,913	26.8	61,385	15.2	27,078	13.6	27,773	19.3	6,534	11.0	8,171	14.3	367,469	23.4
要介護2	192,154	17.3	63,334	15.7	27,801	14.0	28,962	20.1	6,571	11.0	7,358	12.9	262,846	16.7
要介護3	131,021	11.8	74,810	18.6	35,053	17.6	31,239	21.7	8,518	14.3	8,154	14.3	213,985	13.6
要介護4	116,230	10.5	105,815	26.3	56,097	28.2	33,180	23.0	16,538	27.7	13,503	23.7	235,548	15.0
要介護5	107,039	9.6	84,138	20.9	46,992	23.6	17,481	12.1	19,665	33.0	16,567	29.1	207,744	13.2
合計	1,111,476	100.0	40,601	100.0	198,963	100.0	144,008	100.0	59,630	100.0	56,983	100.0	1,571,060	100.0

(資料)『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日～8日, 33頁。



(資料)『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日～8日, 33頁。

(注) 11.4.1現在を100としたときの12.4.1現在の事業所数又は定員数の割合(86市町村)

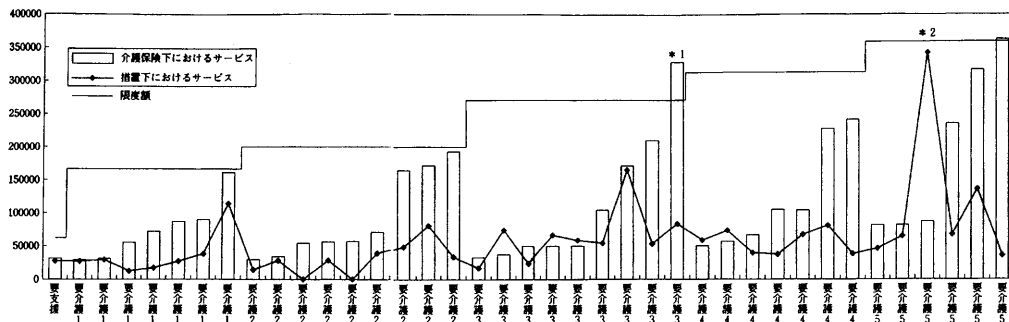
第12図 介護保険施行後におけるサービス提供量の増加

なしであり、1999年12月時点と比べてもあまり変化がなかった。二次判定で要介護度が上昇したのは16.1%（1段階15.2%、2段階0.9%）、一方下降したのは5.2%（1段階5.0%、2段階0.2%）であった。介護サービスは在宅と施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型病床群）に分かれているが、その類型別要介護度分布は第9表のようになっている。在宅では、要介護1が26.8%と最も多く、要介護2、要支援がこれに続いていた。施設では、重度の者が多く、介護老人福祉施設では要介護4

（28.2%）、介護老人保健施設では要介護4（23.0%）、介護療養型医療施設では要介護5（33.0%）がそれぞれ最も高い割合を占めていたのである。

さらに、介護保険導入に伴うサービス提供量の変化に関する調査（対象86市町村）によれば、第12図のように当該市町村をサービス提供地域としている事業者数及び定員数は平均1.64倍に増加している。訪問介護事業者は1999年4月1日～2000年4月1日に2.30倍、訪問看護事業者も1.57倍に増加した。介護施設の入所定員

欧米諸国と比較した日本の高齢者介護政策



(資料)『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日～8日, 34～35頁。

\*1 本人希望により限度額以上の分は自己負担。\*2 一人暮らしの高齢者が家族と同居するようになった結果、家族での介護が可能となり、本人希望によりサービスを調整

第13図 米原町の介護保険下と措置下におけるサービス量の比較

は通所介護（デイサービス）1.22倍，通所リハビリテーション1.17倍，短期入所介護（ショートステイ）1.17倍などとなっている。福祉自治体ユニットが滋賀県米原町のサービス量変化を調査した結果を見ても，介護保険の導入は第13図のように介護サービス量の増加に繋がっていると評価できる。

介護保険は導入後まだそれほど時間が経っていないので，十分な資料が得られないが，次に鳥取県の例を見ておこう<sup>66)</sup>。2000年4月末における鳥取県の要介護・要支援認定申請は18,447件で，このうち認定審査会の審査及び判定が行われたものは17,130件であった。一次判定よりも重度に判定されたものは18%，軽度に判定されたものも7%にすぎず，変更なしと判定されたものが74%にも上っていた。その内訳はそれぞれ自立，6%，要支援，12%，要介護1，23

%，要介護2，17%，要介護3，13%，要介護4，15%，要介護5，14%となっており，要介護1が最も多かった。また，この判定に対する不服申立ては6月5日現在10件にすぎず，このうち2件が容認，6件が棄却，1件が取り下げ，として処理された。

次に，介護サービスの利用状況を見ると，サービス利用者が制度施行前と比べて23%増加し，従来からのサービス利用者の63%がサービス量を増加させたという（2000年4月，96市町村の調査）。全国老人クラブ連合も，サービス利用者が制度施行前に比べて29%増加し，従来からのサービス利用者の29%がサービス量を増加させた，との調査結果を発表している。利用者のサービス内容に対する評価は，概ね満足とする者が84%に達し，不満とする者は9%にすぎなかった。サービスの質に関しては，改善したとする者も28%とそれほど多くはないが，悪化したとする者は3%とそれよりも遥かに少なかった。また，苦情を言いやすくなったとする者も30%に達している。なお，介護保険の利用に伴う家族関係の変化については，①毎日の生活に張りが出てきた，②在宅生活に意欲的になった，③家庭内の雰囲気明るくなった，④引

66) 松原徳和「介護保険の施行状況」『週刊社会保障』No.2092. 2000年6月26日29頁。なお，県が指定事業所から施行状況について問い合わせたところ，①認定審査委員，主治医及び介護支援専門委員は資質にバラツキがある，②痴呆疾患を抱える者は軽度の判定を下され安い，③訪問サービスは敬遠され，通所サービスに人気が集まっている，④短期入所の日数が短く，利用しにくくなった，などの意見が寄せられたという。



き続き在宅生活を送れる、などの肯定的な意見が多く寄せられたという<sup>67)</sup>。

もちろん、介護保険の施行に伴って多くの問題も表面化してきた。介護の基盤整備が遅れたために、特養老人ホームやホームヘルパーが不足し、「保険あって介護なし」という事前に懸念された事態が現実化している。また、社会保険協議会（社保協）の「介護110番」に寄せられた苦情で最も多いのは1割の利用料負担を苦しめたものであった。介護保険の1割負担は介護サービスに対する抑制効果を持っているが、特に低所得層が差別され、排除されるに至っている。65歳以上層の8割近くを占める住民税非課税層は従来の公的福祉制度の下では、ヘルパー派遣などを原則無料で利用することができた。しかし、低所得者も介護保険の導入に伴って保険料や利用料を課せられるようになったので、サービス受給を減らしたり、止めたりせざるを得なくなっているのである。

介護保険は家族を「介護地獄」から解放するというのが謳い文句であったが、その実態は介護を家族に一層押し付けるものとなっているといわれる。例えば、身体障害1級で要介護度4の高齢者は、従来無料であった入院費が2000年4月から有料となり、自己負担分を支払えないために在宅療養に切り替え、ホームヘルパーも有料化によって利用を中止したので、その介護が家族の負担となって押し掛かるようになっていのである<sup>68)</sup>。

しかも、サービス費用の給付に上限（支給限度額）が設けられるようになった結果、必要なサービスの利用が保障されないことになった。障害者福祉制度は最重度の障害者に対して月額50～60万円のサービスを提供してきたが、介護保険制度の下では最重度の要介護度5でもサービスの上限は月額36万円弱にすぎず、これを超えるサービスは自弁しなければならなかった。また、60歳代の全身性障害者（独居男性）は従来の障害者福祉制度の下ではホームヘルプサービスを週35時間受けていたが、介護保険の下では要介護度5にもかかわらずサービスを週14時間に制限されたので、21時間分のサービスを自弁しなければならなくなったのである。こうした矛盾を解決するには人間らしく生きて行くために必要な介護サービスは全面的に公的な保障をするような仕組みに変更する必要があると思われる。

支給限度額と関連して、特養老人ホームのショートステイは介護保険実施後の本年4月以降、深刻な利用率の減少に陥っているといわれる。在宅介護に従事する家族が冠婚葬祭などの急用時やリフレッシュ目的などに活用し、これまで順番待ちが当たり前といわれるほどの人気サービスメニューであったが、介護保険で利用枠が大幅に制限されたために、利用が大きく落ち込んでいるのである<sup>69)</sup>。

また、要介護の認定にも問題があり、もしも

67) 高井康行「介護保険の運営状況と課題」『週刊社会保障』No.2098, 2000年8月7-14日112-113頁。2000年5月に神戸市が行った調査でも91%の人が現在受けているサービスに「満足」または「ほぼ満足」と回答している。

68) 相野谷安孝「介護保険実施で全国にわき起こる悲鳴」『隔月刊社会保障』2000年初夏号10-11頁。

69) 利用激減は①介護保険で大幅に利用日数が短くなり、継続した利用が難しくなった、②3月までよく利用していた要介護度の低い人が介護保険で使えなくなった、③サービス料の全額をいったん支払い、後で保険給付分の9割の払い戻しを受ける償還払いが全国各地で行われ、負担が大きくなった、④急な用事に備え、保険で使えるサービス利用枠を残しておく利用控えが起きている、などの要因によると思われる（『東京新聞』2000年7月19日号）。

認定審査の結果として自立と判断されてしまえば、サービスを全く受けられなくなる。こうした自立と判定された者への支援を怠れば、近い将来に介護の必要度が増したり状態が悪化するなどして介護の費用を却って増大させてしまう恐れがある。しかも、介護保険制度は手続きや利用方法などが高齢者に必ずしも周知徹底されていない。例えば、要介護認定後、介護サービスを受給する前にケアプランを作成しなければならないが、2000年3月末時点でも作成を依頼していない者が認定を受けた者の18%（約26万人）にも上っているのである。

さらに、介護サービスの基盤整備が遅れているために、サービスの提供を民間営利企業に依存せざるを得なくなっている。だが、ショートステイやデイケアなどのサービスを提供している民間業者は数が少なく、特養老人ホームや老人保健施設なども満杯状態で入所希望に応じ得る余地がないといわれる。しかも、介護保険の実施に伴って、民間営利業者が介護サービス分野に多数参入したが、利益を挙げるために儲かりそうもない手間の掛かる要介護者を敬遠する傾向が見られる。ケアプラン作りをめぐっても生活保護受給者や低所得者が敬遠されたり、要介護度4や5といった手間の掛かる高齢者が敬遠される事態が起こっているのである<sup>70)</sup>。

## むすび

譬えていえば、社会保障は空気入りのゴム風船のようなものではなからうか。出っ張りが気

になるからといって、そこを指で押さえ込もうとすれば、別の個所が膨らんで変な形に変わるだけで中の空気の量はほとんど変化はしない。社会保障も同じことであろう。財政赤字で大変だとばかりに、年金給付を削ったり、福祉予算を緊縮すれば、行き場を失った高齢者は病院へ逃げ込んで社会的入院を増加させ、医療費を膨張させる。そこで、医療費を抑制しようと老人診療報酬を低く押さえれば、患者が病院の間を頻繁に盪回しされることになり、寝たきり老人や痴呆性老人を大量に作り出し、結局は医療費の膨張を招いてしまう。こうした悪循環を助長し、社会的費用を押し上げながらも、多くの高齢者が惨めな人生の末路を辿らなければならないのである。

しかし、経済的に豊かである筈の日本で、どうして人間らしく晩年を過ごし、満足して死出の旅路を辿ることが難しいのであろうか。確かに人は忘却の河で水を一口飲めば、この世の苦悩もすべて綺麗さっぱりと忘れてしまい、カロンの舩に揺られて冥府に旅立って行くのだから、社会の厄介者でしかない老人が悲惨な老後の日々を強いられても「などで苦しむべき」と片付けてしまう考え方もあろう。そうであれば、財やサービスの生産に貢献しない老人達に勤労世代から徴収した貴重な資源を割くのは社会として全くの無駄以外の何物でもないと考えられるのも致し方あるまい。

では、社会とは何だ。無駄を省いたり、効率性を追求することだけが社会の役割だともいえるのだろうか。すると、社会は効率性の、つまり経済の僕にすぎないとでもいうのだろうか。いや、そうではあるまい。社会こそがこの世の主人であり、経済は単にその僕にすぎないのではないか。社会はその構成員が人間らしく尊厳

70) 相野谷前掲13頁。世田谷区を除く東京23区の公的セクターが介護サービスの提供から撤退したように大都市部では営利民間業者への依存傾向が強まっている（今井文夫「介護保険の制度化に関する自治体の動向」『隔月刊社会保障』2000年初夏号16頁）。

を持って生きるのを助ける責務を負っている。むろん、それを保障するために必要な資源を確保しなければならないので、経済の拡大にも留意しておかなければならない。しかし、もしも社会が経済成長の制約になるというだけの理由で、「人は皆、人間らしく生きる権利がある」という前提を放棄してしまうようなことがあれば、まったく本末転倒な話であり、社会の自己否定としかいえないだろう。

だから、これからの社会保障論議は、その社会で高齢者（必ずしも高齢者に限定すべきではないが）が人間らしく生きるためにはどれだけの費用を要するのか、またそれを保障する年金、医療、福祉（介護）の効率的な組み合わせとはどのようなものか、ということを議論の出発点とすべきである。人間が尊厳を持って老後の生活を送るには、どうしてもある程度の費用が必要とされる。ある項目の費用を削ろうとす

れば、必ず別の項目の費用が膨張してしまうものである。もしも社会が大胆な「（高齢者）棄民政策」にでも踏み切るのでないとなれば（それが長期的に可能かどうか疑問だが）、福祉（介護）抑制政策は必ず弊害を生み、その後始末に多大なコストを払わされることになるであろう（アメリカの医療営利化政策を見よ）。

繰り返しになるが、人が尊厳を持って生きるためにはそれなりの費用が要る。もしも社会が引き続き存続しようとするならば、それなりのモラルというものを堅持しなければならないが、それは「その社会成員に人間らしく生きることを保障」するということではないだろうか。残された問題は効率性の観点も導入しながら年金、医療、福祉（介護）の良き組み合わせを探求することだと思われるのである。

〔九州大学大学院経済学研究院教授〕