

施行5年目の改革課題

池田 省三

龍谷大学社会学部教授

1 はじめに

介護保険施行5年を迎えて、制度改革の準備が進められている。改革課題は多岐に渡るが、これまでに絞り込まれてきたものは次の5点にまとめられるだろう。

- ①制度の安定的な持続性を確保のためのサービスの効率の向上。
- ②科学的な根拠のあるサービスの開発。
- ③地域における権利擁護システムの確立。
- ④保険者機能の強化としての市町村への権限付与。
- ⑤普遍主義の徹底としての被保険者・サービス受給者の年齢制限撤廃。

これらは、社会保障審議会介護保険部会の報告(7月30日)において、まとめられたものである。ただし、年齢制限の撤廃だけは、引き続き検討を進めることとされ、11月末までには、同部会で

いけだ しょうぞう

1946年生。中央大学法学部卒。73年自治労に入り、調査局、年金局を経て自治総研事務局長。のち龍谷大学助教授を経て現職。著書に『介護保険は何を変えるのか』『VDU労働』『介護保険システムのマネジメント』(共著)などがある。

結論を得ることとなっている。いずれも、大きな制度改革を必要とするもので、抜本改革の名に値するものである。

2 ホテルコストの徴収

介護保険の給付額は、施行初年度の3.6兆円(11ヶ月分のため、12ヶ月換算すると3.9兆円)から、5年目の平成16年には6.1兆円と1.6倍に伸びている。今後も、高齢者数が増大し、サービス利用意向が高まることを考えれば、さらに増大していくことは避けられない。サービスの財源は保険料と公費によって賄われているから、これは保険料の引き上げと公費支出の増大に直結する。もちろん、必要なサービスは確保されなければならない。しかし、無駄や不合理な給付があれば、貴重な財源を浪費していることになり、改革が必要である。

今回の改正で焦点となっているものは、施設サービスのホテルコスト、および軽度認定者に対するサービスの効果である。

現在、施設サービス利用者は受給者の25%(認定者の19%)であるが、給付額は52%となっており、明らかに施設給付に偏している。また、施設サービスの割安感も強く、食費と家賃の扱いが浮き上がってきた。施設は、調理費用(栄養士・調理員の人件費、厨房費用)は保険給付とさ

れ、食材料費相当分のみが自己負担となっている。ただし、高額介護サービス費により、住民税非課税世帯（特別養護老人ホーム入所者は施設に住所を移すため、単身高齢者世帯となり、ほとんどが住民税非課税世帯となる）は、その食材料費相当分すら一部保険給付となる。一方、グループホーム、有料老人ホームは、食事に関する費用はすべて自己負担となっており、在宅の場合も給付はない。また、建設費用償還等の費用である家賃は、建設費の3/4が公費で負担されるために、個室の新型特別養護老人ホームを除いて、徴収されていない。

この結果、特別養護老人ホーム入所者の負担は、月額4万円を割っており、在宅の場合と比して、著しく負担が低いという事実がある。このため、介護保険3施設について、調理費用、家賃の自己負担化が検討されており、場合によっては、前倒しで来年からの実施も予想される。ただし、低所得者には、減免措置が用意される。

このことにより、グループホームや有料老人ホームとのイコールフットイングに近づき、居住系サービスの品質競争が始まる。福祉施策であった施設が、本当の市民サービスに転換していく点から、評価できる改革である。なお、介護保険3施設の食事提供費は、利用者1人当たり月額4万円程度であり、給付全体の8%を占めるから、完全に利用者負担とされると年間給付の1ヶ月分が削減されることとなる。

3 介護予防給付の新設

要支援、要介護1レベルの軽度認定者は、認定者全体の48%を占め、保険給付は20%程度となっている。これらの者が利用しているサービスは、家事代行サービスの訪問介護、送迎・食事・入浴つきの通所系サービス、そして車椅子・電動ベッド等の福祉用具貸与が中心である。

しかし、これらのサービス利用の結果、廃用症

候群が進行し、要介護度が悪化するという事態が生じている。たとえば、鹿児島県の調査によれば、軽度の訪問介護利用の回数が多いほど、また福祉用具の利用率の高いほど、要介護度が悪化しており、通所系サービスを最も多用している群がさらに悪化率が高いという報告がある。これでは、介護保険によって中重度の要介護高齢者を増やしていることになり、制度の趣旨に逆行する利用が行われていることになる。

一方、各市町村では、補助金事業として「介護予防・地域支え合い事業」が行われている。国の1/2補助の予算が400億円であるから、総事業費は800億円を超えるものである（各種メニューのうち、もっとも大きい事業である「生きがい活動支援通所事業」は、平成15年度より一般財源化されたため、実質的には1000億円を超えるとも推定される）。筆者らの調査によれば、これらの事業は効果測定は全くと言ってよいほどなされておらず、介護予防の効果があると考えられない内容で、ほとんど予算消化型事業となっている。壮大な無駄遣いと言ってよい。従来の予防サービスとは、引きこもり防止のために「生き生きデイ」で月1～2回の通所サービスなど、情緒的な施策でしかないものがほとんどである。

しかし、介護保険施行後、筋力向上トレーニング、低栄養改善という科学的な根拠と効果測定が可能なサービスが開発され始めており、劇的な改善例も数多く報告されている。

今回の改正では、こうした介護予防給付を新設することとなる。この介護予防の責任主体は市町村であり、軽度認定者について、介護予防の対象とするかをスクリーニングして、必要な予防施策を指示し、民間の事業者によるプログラム実施を経て、市町村がその効果測定を行う。介護予防給付対象の軽度認定者は、家事代行の訪問介護給付の対象とはならず、無用なサービス費用の削減となる。ただし、一方で予防給付の費用が生じるから、短期的にはさほど大きな削減にはならないと

考えられる。しかし、介護予防が成功すれば、中長期的には大きな財政効果を示すこととなる。

これは、はじめての本格的な予防給付の試みであり、その成功が強く期待される。

4 地域包括支援センターの創設

1989年のゴールドプラン策定から、在宅介護支援センターの設置が始まり、現在までに約8700箇所となっている。在宅介護支援センターは、在宅高齢者に対する総合的な支援を実施する機関とされ、介護保険施行以前は、それなりに機能してきた。しかし介護保険施行移行は、補助金の削減もあって、居宅介護支援事業所との二枚看板で運営されているところが多く、本来の役割が空洞化している。

一方、選択と契約が基本の介護保険では、痴呆等の権利擁護が宙に浮いて、虐待や処遇困難事例に対する適切な対応がきわめて遅れている。たとえば、施設入所も契約当事者が本人であることは少なく、8割以上は家族が署名捺印している。子供が親の代理はできないから、成年後見制度を利用していなければ、これらはすべて無効契約であり、刑事的にも私文書偽造という違法行為であるが、家庭復帰の困難さ、家族の過酷な負担が考慮されて見逃されている。いわば、介護保険にすべてを任せて、「社会福祉が眠り込んでいる」のが実態である。

このような違法行為が見過ごされ、介護保険法の趣旨に反するようなサービス利用が行われていることが、いつまでも許されるはずはない。とくに、被保険者・受給者の年齢制限が取り払われ、65歳未満の身体・知的・精神障害者にも介護保険サービスが提供されるようになれば、問題はもっと深刻なものとなる。

従来の在宅介護支援センターでは、この課題に対応するのは無理がある。そこで、今回改正で出された考えが「地域包括支援センター」（仮称）

である。まだ、詳細な設計は示されていないが（年齢制限撤廃と強く関係するため、その結論が出るまでは抽象的なものしか提示できないからだと思われる）、基本的には、市町村が責任主体、社会福祉士、保健師、スーパーバイザー的ケアマネジャーの専門職員の必置、総合的な相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントを業務とし、将来的には生活圏域（かならずしも校区ではない）ごとに置くものとされている。あとで述べる「地域密着型サービス」と関連して、要介護高齢者が住み慣れた地域（かならずしも自宅でない）での生活を継続して、ケアサービスを受けられるシステムを追求しようとするものである。

問題の第一は、この機能を在宅介護支援センターが引き継ぐことができるかにある。機関型在宅介護支援センターは、ほぼ引き継げるだろうが、地域型の多くはきわめて困難であろう。その整備をどうするかが焦点になる。また、業務については、介護予防は切り離し、地域包括支援センターは権利擁護事業、障害者ケアマネジメントに専念した方が現実的であるとも考えられる。介護予防も含めると、すべてが中途半端になる恐れが強い。

いずれにしても、年齢制限撤廃の方向が明確になれば、具体的な設計が明らかにされてくるはずであり、これまで例外的にしか存在しなかったソーシャルワークの本格的なフィールドが設定されるという面から、その活動と発展がきわめて注目される。

5 地域ケアシステムと保険者機能の強化

介護保険事業者の指定、調査、取り消し等の権限は、都道府県にあり、市町村は保険者であるにもかかわらず、事業者への権限を有しなかった。したがって、頼みもしない老人保健施設や療養型病床群、あるいは通所リハが過剰に進出し、保険

料が高騰しても何の対応もできなかった。これでは、介護保険事業計画を策定しても、たんなる作文に終わってしまう恐れも強い。また、市町村が適切なサービス配置を考える気力を失い、財政管理だけを行うという国保と同じ状況になってしまう。これでは、せっかく市町村を保険者にした意味が失われる。現実には、医療系の強い地域では、そうした事態が生じている。

今回改正では、市町村が地域ケアシステム構築を進めるために、地域密着型サービスという考え方が提起されている。これは、住み慣れた地域での生活を24時間支えるという観点から、日常生活圏域内にサービス提供の拠点を確保するというものであり、小規模・多機能型サービス、地域夜間対応型サービス、地域見守り型サービスが想定される。グループホーム、30人未満の小規模特別養護老人ホームも含まれる。この地域密着型サービスについては、保険者たる市町村が指定権限を有し、生活圏域毎に「必要利用者定員総数」を定め、それを超えた場合は、指定しないことができ、一定の範囲内で指定基準や報酬を独自に定めることもできる。財源は、一般サービスと同様に介護保険の給付とされ、これまでの上乗せ横出しサービスが第1号保険料で賄われることとされていたことと比べ、格段に使いやすい制度とされている。

問題は、市町村の権限が地域密着型に限定され、介護保険3施設をはじめ、広域的に提供されるサービスには適用されないことにある。とくに、老人保健施設と療養型病床群は給付の増大、保険料の高騰を招く元凶であり、これに対して、市町村が定員管理等を行えないことは矛盾しているし、給付管理が困難な状況を解決することにはならない。もう一步踏み込んで、介護保険適用の医療系施設等についても、市町村毎に必要な定数を定め、その範囲内で事業者とサービス提供定数の契約を行うことのできる権限等を付与するべきではないだろうか。

6 年齢制限の撤廃

残された課題は、介護保険の被保険者・受給者の年齢制限の撤廃である。介護保険は、40歳以上の住民を被保険者とし、原則的に65歳以上の第1号被保険者を受給権者としている。40～64歳の第2号被保険者は「加齢に伴う」特定疾病が原因の場合のみ、受給でき、先天・中途障害は給付の対象とされていない。

この年齢制限を撤廃し、すべての介護を必要とする住民にサービスを提供するシステムに改革することについては、9月末から、社会保障審議会介護保険部会が再開されて、審議されている。この問題は、障害者施策あるいは支援費制度と介護保険の統合という誤解から、かなり混乱した経過がある。年齢制限の撤廃は、身体・知的・精神の3障害を含むのは当然であるが、必ずしも介護保険と障害者施策の統合を意味するわけではない。なぜなら、障害者のニーズは介護にのみ包括されるものではなく、教育、就労、社会参加等、別途の制度によって保障しなければならないニーズも存在するからである。

身体・知的障害については、昨年度から「支援費制度」が始まっているが、この制度は根本的な矛盾を抱えている。ひとつは、本人の選択と契約によるサービス利用という介護保険そっくりの形態をとっているにも関わらず、財政的には予算主義を採用していることである。利用量の上限も定めていないから、需要予測は困難である。にもかかわらず、財政が膨張したときの対策が考えられていない。したがって、赤字を出した場合、サービス量を規制せざるを得ず、制度の趣旨に反する対応に追い込まれる。しかも、それは初年度から引き起こされてしまった。利用者にサービス選択を委ねる場合は、介護保険のように決算主義を採用して、サービス量に対応して財源を確保できる仕組みを用意しないと安定的な運営はできない。

支援費設計者の無責任さは誹りを免れないと言ってよい。

いまひとつの問題は、精神障害者へのサービス保障がないということにある。別途に用意されている精神障害者福祉施策の予算は、わずか438億円。支援費の6%、介護保険の0.7%にすぎない。7万人を超える人々が社会的入院を強いられ、在宅にあってもサービスは皆無に等しい状況にある。

介護保険の年齢制限を撤廃することにより、支援費サービスの多くの部分を引き継ぐことができ、安定的な財政運営が可能となる。精神障害者についても飛躍的にサービス量を増加させることができる。もちろん、介護保険でカバーし得ない部分については、独自の障害者施策が必要なのは言うまでもない。社会保障制度にあっては、単一の制度がすべてを担うのではなく、特例的に存在するニーズについては、補完的制度を置くのが通例である。そうでなければ、財政的に肥大化して、制度そのものが自壊してしまうからである。現実を見ても、高齢障害者は介護保険と支援費の併用が認められている。

これは、介護保険の普遍主義を徹底するということであり、一定の経過措置を必要とするため、今回改正で手をつけなかったら、国・自治体の財政事情から、障害者施策全体についても大きな悪

影響を広げる恐れが強い。

7 おわりに

介護の世界は、介護保険施行以前は社会福祉として提供され、効果と効率を考えない行政サービスであり、サービスの中身そのものも「経験と勘」の世界に自足していた質の低いものに過ぎなかった。しかし、介護保険は膨大なデータをもたらし、これまでのサービスの欠陥を広く認識させることとなった。

このことが、施行5年目の見直しに繋がっており、抜本的な改革が用意されようとしている。これを先送りにすれば、医療や年金の轍を踏むこととなろう。負担増を悪とする考え方は止めなければならぬし、保護と依存の介護から、本人の意志決定を尊重し、その実現を社会的に支援するという介護保険の思想に立ち返った論議が必要である。

介護保険創設はひとつの革命であったと言えるが、今回の改革は第二次革命である。のみならず、今後も、ケア理論の発達と新しいケアサービスの開発、さらには世代交代や社会状況の変化によって、引き続き発展していく「永続革命」として捉えることも出来るだろう。■



使えない制度に基本的見直しを

立岩 真也

立命館大学大学院先端総合学術科教授

1 介護保険は使えない制度である

2005年度からなされようとしている介護保険の制度変更の全体については既に様々な報道もされているから、ここでは述べない。多くの人には何が問題なのかかわからないだろうと思う、介護保険制度と障害者施策の「統合」について書く。また両者の関係から何が見えるのかを述べる。こう絞っても、様々な論点があるのだが、一つ一つは詳しく論じられない。事実関係、また現実の動きについてはホームページ<http://www.arsvi.com>に関連情報がある。この主題で他に書いた文章もある。その一つが、平岡公一・山井理恵編『介護保険とサービス供給体制——政策科学的分析』（仮題、東信堂、近刊）所収の「障害者運動・対・介護保険——2000～2003」。それらをご覧ください。

介護保険がどんな制度かを最も簡単に言えば、使えない制度だということだ。在宅で生活してい

る場合、訪問介護だけに使うなら、最も介護を多く要する等級に判定されたとしても、1日2、3時間しか使えない。月30万円以上といえればそれなりの額にも思えるが、短く用事をすませて次の家庭にという短時間の巡回型の介護で、移動の時間もかかり、それにあわせ時間あたりの単価もそれなりの額に設定されていることもあって、ごく短い時間しか使えない。

まず、この程度のもので私たちがあきらめてしまっていることに驚くべきだ。そして、いま改革とされるものは、この程度のものでしかないからもっと使えるものへという変革ではないこと、そして様々な細々したことについてはいろいろと論議もあるが、最も基本的な部分についてはほとんど論議もないことに驚いた方がよい。介護制度のことを考えるのに、このことから始めないなら、それは無意味であるか、有害である。

それでも公的な介護制度とはこんなものだと思われる。だが障害者たちはここ30年余の運動の中で、もっとまともな制度を獲得してきた。このこともまたほとんどの人は知らないのだが、1990年代の半ば、いくつかの地域で、いくつかの制度を併用した場合、最大1日24時間の有償介護が得られるようになった。その後も制度の拡充は進み、家族に頼らず施設に入らず暮らせる地域が徐々に拡大してきた。制度の一つは、生活保護の中にある介護加算、その中の他人介護加算特別

たていわ しんや

1960年生。東京大学大学院社会科学研究所博士課程修了。日本学術振興会特別研究員、信州大学医療技術短期大学部専任講師を経て助教授、のち現職。著書に『自由の平等』『弱くある自由へ』『否定されるいのちからの問い』（共著）などがある。

規準と呼ばれるものの拡大だった。これは生活保護に詳しい人もよく知らない制度だが、家族からの経済的支援を受けずに、独立して暮らし、しかし収入と言えば障害基礎年金だけという人は、生活保護を使い、その中の介護加算に注目しそれを最大限に利用したのである。ただこの加算を利用できる人は生活保護の利用者に限られてはいる。本筋はもちろんホームヘルパーの派遣制度の拡充だった。

そしてもう一つは自治体独自の介護人派遣事業の制度だった。これは1970年代の前半、最初は東京都でほぼそととした制度として始まった。これも各地に広がった。そしてさらに、多くの自治体はこの事業をホームヘルプサービスの一部と位置づけることにより、国から半分の予算を引き出した（都道府県・市町村は各4分の1）。そしてこれらの制度には細かな判定の制度、判定による支給量の設定はなかった。こうした制度の拡大で、障害者運動は主に自治体の担当部署との交渉によって獲得してきたし、厚生省、厚生労働省の担当部署の役人には、その必要を確認させ、制度の拡充の方向で自治体に指示する役割を果たさせてきた（以上については安積純子らとの共著『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学増補改訂版』、藤原書店）。

他方の介護保険について。この制度の構想段階では、障害者の側にいくらかの期待もあった。なかなかサービスの水準が上がらない地域があり、全国的な制度に期待があったのである。しかし、徐々にそれがどの程度のものかわかった時、障害者たちは失望し、この制度に自らが入れられることに反対した。こうした反対があったからではないが、2004年の介護保険の開始時、いくつかの例外を除き、高齢者でない障害者が介護保険による給付の対象から外れた。仮にあの時、あくまで高齢者でない人たちも含むものとして実施されようとしたなら、こんなものはまるで使えないという障害者の側からの反対が起こっただろう。する

と、この程度のものでよいと言ってよいのかと気づく人が少しは出て、事態はあるいは変わったかもしれない。しかし実際は知っての通りである。

制度は分かれたまま推移し、そして障害者施策は、「措置から契約へ」という標語のもと、2003年度から「支援費制度」というものに移った。これは宣伝されたほどには大きな変革ではなかった。ただ、この制度の改変に合わせ、利用者にサービスの存在が周知され、各人の制度利用の必要が確認された地域では制度の利用は高まった。また、民間によるサービス提供がより容易になった。障害者自身が主体になってサービス提供を行なう「自立生活センター」と呼ばれる組織の活動は既に始まり大きな役割を果たしていたのだが（上掲『生の技法』で紹介）、そうした非営利民間組織の参入と運営が以前より容易になった。

2 使えない制度なので、障害者たちは「統合」に反対している

こうして制度が変わって間もないのに、今起こっていることは、こうしてこれまで別建てでできた制度を、少なくともその一部を、介護保険の中に入れようという動きである。

これを国がどの程度まじめに考えているのか私にはわからないところがある。一つの要因は、介護保険運営に関わる行政側の意向だろう。介護保険からの給付が予想外に——と言われるが、それはただ予想が間違っていたのだと言うしかない——増え、保険料がほしい。それで40歳以上の人からとなっているのを20歳にしたい。そのためは、サービス利用も20歳以上からとした方が受け入れられやすいだろうと言う。そして介護保険見直しの時期は開始後5年後の2005年度からと決まっていて、この後はまたしばらくしない。だからこのたびの制度改定にともかく乗せてしまおうと言う。

他方の障害者福祉の側はどうか。支援費の支出

は予想より——これも予想が間違っていると言うしかないのだが——多くなった。それをやりくりできないと、また次の年の予算を確保するのが難しいと言う。そして三位一体改革で、地方分権の流れで、やがてこの予算は一般財源化されるだろう、それより介護保険を財源にした方がよいだろうと言う。

この説明を受け入れた部分もある。また知的障害や精神障害者の団体、というよりその親たちの団体にも受け入れを表明したところがある。まずこのままでは予算が頭打ちになり、減らされ、出なくなることを前提として受け入れる。また、知的障害、精神障害についてはほとんど何の制度もない現状がいくらでもよくなるかも考えたのかもしれない。高齢者と同様、知的障害の子が家にい続けることを前提とした上で、すこし世話が楽になれば、それだけでもたしかによいだろう。また作業所の活動がデイケアといった位置づけを得られれば、親たちの多くも運営に関わっているそうした施設の運営がいくらかは楽になるかもしれないといった思いもあったかもしれない。

しかし知的障害や精神障害の人への介護サービスとは何か、国の行政もその説明に乗った側の誰もまともに考えているとは思えない。作業所に通うといった部分は算定の対象にされやすいかもしれない。しかし、そんな生活ではない生活を送ろうとした場合、いったい誰がやってきて、どんな規準で、どれだけの必要を査定されることになるのか。様々に干渉はされようが受け取れるものは少ないだろうという予測は容易につく。だから、基本的には賛成できないとする立場の方が、現実的である。実際、審議会などには代表を送れていない知的障害、精神障害の本人たちの組織では、私の知る限り、反対論の方がずっと強い。

また賛成する人には、介護保険に基本的に肯定的な人たちもいる。もちろん、あれだけの規模の制度を創設するにあたっての努力、尽力は認めよう。しかし、その功を認め、賞賛することと、今

の制度がどの程度使えるものかという評価とはまた別である。ようやく整ってきた制度によって、施設外で親に頼らずとも暮らせることになった人への介護が2時間とか3時間とかに切り下げられる。しかも今の判定規準なら、要介護度3程度にしか判定されない場合が多いから、その2～3時間も得られない。介護保険の時に脅威として感じていたことが現実化するのだろうかと危惧される。また2003年、支援費制度が始まる時にも、サービス供給時間に上限が設定されようとした。それは結局は障害者側の反対運動があってひとまず取り下げられたのではあるが、今回のこともそれと同じ抑制の流れと捉えられて当然だ（この出来事について岡部耕典「支援費支給制度における「給付」をめぐる一考察——ヘルパー規準額（上限枠）設定問題」を手がかりに。「障害者と社会政策」を特集した『社会政策研究』第4号（東信堂）に掲載されている。この号には他にも有益な論文がある）。

もちろん、推進側も全部を介護保険でという言い方はしていない。最近では「統合」という表現も「誤解を招く」と言う。「介護保険で対応できない部分は別建ての制度で」、とは言っている。しかし、それがいったいどの程度のものであるかは明らかになっていない。障害者と直接の交渉をしてきて実情を知る担当者たちを別にすれば、厚生行政の人たちも、これまで獲得され、それで可能になった生活の実態と、介護保険程度のものとの間の決定的な違いを知らないまま今回のことを言い出してしまったところがある。また、制度の具体像はまだ、と言いつつ、介護保険が対応しているような「基礎的」な必要以外の部分については自治体独自で、とか、ボランティア等に参加してもらえばよいと思わず言ってしまうもする。いったんは現在の水準が保障されたとしても将来どうなるのか。介護を使う側の危惧は現実的でもっともなものである。

3 介護保険は既存の巨大な制度だが、 それでも基本から考えるべきだ

事態は以上のものであり、「DPI（障害者インターナショナル）日本会議」他の障害者組織は、制度の全体像・具体像が示されないままで介護保険制度に入ることに反対しており、それは当然のことと言うしかない。

以上を伝えること自体に意義があると考えたから、以上を述べた。その上で、介護保険（改革）について、あるいはそれについて何か言うことについて、少し加える。

「筋論」を今さら言ってどうなる、というのが、介護保険に乗るしかない、という人たちの言い分である。しかしそうか。筋論さえきちんと言えないところに私たちがいる、それがまずよくないと思うべきではないか。様々な問題があることを承知しつつ、と言いながら、基本的に介護保険程度のもを受け入れ、障害者についての制度をなにか整備されていないものと見、その人たちの主張の方をなにか非現実的なものと思ってしまう、研究者その他の見方が問われる。行政の側も「社会の理解」をすぐ持ち出す。それに寄り掛かっていると批判することは簡単だが、では代わりにどう言うべきか。批判的に政策に対していていると思っっている側さえもが、「常識」の水準に身を置いてしまっていないか。

もちろん、介護保険は、最初から若い人も保険料を払う仕組みにすべきだった。今からでも、払う年齢の引き下げは、それはそれとしてすればよい。払うだけでは国民は納得しないと官僚は言う。わからないではない。しかしまず、年金も払う年齢と受け取る年齢が違う。介護保険も将来受け取れる可能性がある、払える時に払える人は払え、でよいではないか。

そしてもっと基本的には、「保険」という言い方の問題である。介護保険は相互扶助の機構であ

り、将来のリスクに備えたまさに「保険」であるという言い方がされてきた。これはもちろんかなりの程度もっともな考え方であり、制度を始めようという時に、人々を説得するに際しても使える理屈ではある。しかし、生まれてからずっと障害がある人と、もう既に何十年も障害なしで生きてきた人との間の差異は明白であり、前者の人の介護を保険の論理は正当化するだろうか。入れてもらったとしても、自分たちは保険の中の「お荷物」扱いされないだろうか。介護保険に対する懸念はこんなところからも来ている。この危惧もまたもっともなものである。

むしろ、擁護する人たちは、これは「公的」保険であって、税金も半分入っている、任意加入の制度ではないと、問われれば、一方では、言う。しかし、他方で保険会社の広告と同じ文言を繰り返して、かえってそういう社会的意識を強めてしまっている。税金では予算が確保できないから障害者も入れようという動き、自分のリスクに備えてという意識を介して若い人にも保険料を払わせようという発想自体、障害者たちの懸念がもったものであることを示している。

むしろはっきりさせるべきだと考える。加齢に関わるものであれ関わらないものであれ、障害による生活上の不便を少なくし、普通の暮らしができるために必要なだけのものを提供するの社会的義務であるとはっきり言った方がよい。よって、介護についての費用を払うのも義務なのだ、きちんとすべきだと思う。でないともますます、私的保険のようなものと錯認させ、その制度でできることが狭まってしまう。保険料を払わないのは合理的な選択で、責められるいわれはないといったことになり、かえって制度の運営が困難になってしまう。

次に、「地方分権」ならなんでも肯定してしまう人がいるのだが、そうは言えない。どこで生まれ暮らしていようと、必要な水準の介助・介護は受けられてよい。さらに、ある地域で制度をよく

すると、その制度が必要な人たちがその地域に入ってくる、そのために予算が増え、それを恐れて予算が押さえられるといったことが、たんに理論的にありうるだけでなく、現実にも既に起こってしまっている。基本的に介助は全国的な制度であるべきだ。

規準を設定し状態を判定し供給量を定めること、専門家によるアセスメント、マネジメントが肯定的に語られる。それらが評価なしで言及される時にも、もう既に決まったもの、よいものとして扱われてしまっている。たしかに完全な出来払いは難しいだろう。「過剰な利用」を抑えるための自己負担と言う理屈も、まったくの間違いではないだろう。しかし、判定し供給量を定めること、また自己負担を求めることは、本来は望ましいことでないという地点から、工夫できるところは工夫し、ない方がよいものはできる限りなくすることである。医療保険は基本的に出来高払いである。むろん、だから医療費が膨張したのだとも言われるし、次に、医療と介護とは異なるとも言われる。しかし、過剰医療の問題は、むしろ直接の供給側が多く供給して利益を得ようとするところにある。それをうまく制御できればよい。介護にしても医療にしても、利用者の側は、いくらでも欲し

いとは思わない。そして医療には単価の高いものもあり、それらを同時に複数使うこともできるが、介護の場合、行なうことは基本的には1人、ときには2人の人が就いて世話することであり、そしてどんなに長くても1日は24時間である。医療に比べれば、自然な限界はむしろ介護の方に存在する。

しかしやはり資源は有限だとか、高齢者の増加だとか、と同じ話は繰り返される。それに対して資源はある、余っているというのが私の答だ。そのことは、1つの数字も出てこないが、「選好・生産・国境——分配の制約について」（『思想』2000年2月号・3月号）で述べた。さらに基本的なことは今年刊行された『自由の平等——簡単に別な姿の世界』（岩波書店）に記した。またより具体的に介護については、『弱くある自由へ——自己決定・介護・生死の技術』（青土社）の中に書いた。そして、長い時間介護する人がいるかいないかがまったく文字通りの意味での生死に直結し、実際に死がもたらされている人たちに、ALS（筋萎縮性側索硬化症）の人たちがいる。その人たちのことを書いた『ALS＝不動の身体と息する機械との生』（医学書院）をこの11月に出してもらおう。一読していただければと思う。■

