

今後10年の高齢者介護を巡る基本的課題

マイケアプラン運動の視点からみた 「高齢者介護研究会報告」に関する批判的考察

小 國 英 夫

はじめに

2003年6月26日に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会（堀田 力座長）は「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(以下「報告書」という)を発表した。

2015年というのは団塊の世代がスッポリと高齢者人口に含まれる年であるが、それに至る10年間は日本社会がまさに本格的な超高齢社会へと変化する過程である。換言すれば人口の5人に1人が65歳以上の高齢者という現段階から、世界のトップをきって4人に1人という新たな段階を迎える過程である。(更にその25年後の2040年ごろには3人に1人という状況を迎える。国立社会保障・人口問題研究所2002年1月推計)

厚生労働省は現在「ゴールドプラン」(1990年度～)「新ゴールドプラン」(～1999年度)に引き続いて「ゴールドプラン21」(2000～2004年度)を展開しているが、それに続く新たな中長期的プランの策定が急がれており、この研究会はそのための基本的な方向性を明らかにするために2003年3月に設けられ、関係者からのヒアリングや現地視察等を含めて10回におよぶ議論を重ねてまとめたものとされている。

この研究会の基本的な狙いは介護保険制度という21世紀の新しいシステムのもとでの今後10年間の高齢者介護の課題を明らかにし、それにどのように取り組んでいくべきかを明確にすることであった。そのことは早々にピンチを迎えて

いるともいわれている介護保険制度をどのようにしてよりよい状態で維持していくかという課題と表裏の関係にある。

この報告書に関しては既に多くの論評がなされているが概ね好評である。しかし筆者にはどうしても見逃すことができない幾つかの重大な問題点が感じられる。

この報告書は「高齢者の尊厳を支えるケア」を目標として、「自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させる」ことを「国民的課題」だとしているのである。そして報告書はこうした国民的課題を（国民が）考える際の素材として活用されることを期待している。

しかしなお介護保険制度はこのまま行けば早晚、財政的に破綻する可能性はかなり大きいといえる。但し、筆者は介護保険制度に替えて、社会的介護システムのコストは全て税金で賄われるべきだという立場ではない。また、税金で賄えば破綻しないという明確な論拠や見通しはない。むしろ社会的介護を支える経済システムとしては基本的に公私の保険システムが適していると考えられる立場である。

ところで筆者は1999年の国際高齢者における取り組みの1つとして、介護保険の実施に先立ち同年8月に京都で有志と共にマイケアプラン研究会を立ち上げ、現在も毎月研究会を行っている。この研究会の中心テーマは介護保険のケアプランをケアマネジャーなどに任せっきりにしないで、自分の生活の中に必要な社会サービスを主体的に取り込むことで、最期まで自分らしい生活を続けていこうという、至って単純なものである。

この研究会は介護保険制度の基本的な考え方には賛同しつつも、具体的なシステムとしての介護保険制度が実に多くの矛盾を抱えており、その結果、要介護者が制度の理念で謳われているような自立、自己決定、自己選択、自己責任の主体として成長し、社会的に孤立することなく日々の生活を展開することが現実に多くの点で妨げられることを懸念し、研究と実践と運動を展開している。

同趣旨の活動としては2001年9月に立ち上がった全国マイケアプランネットワーク（島村八重子代表）があり、東京を中心に多くのメンバーがマイケアプランに取り組んでいる。

現実の介護保険には残念ながらその創設の過程からあまりにも多くのボタンの掛け違いがある。この小論の趣旨はマイケアプラン運動の視点から、「介護保険制度を持続可能なもの」とすることを前提に「高齢者の尊厳を支えるケアの実現を目指す」としている高齢者介護研究会報告書に対して批判し、加えて幾つかの提言を行おうというものである。

第1節 介護保険創設以前

急速な高齢化が進展し高齢者福祉に関する多くの課題やニーズが発生し、且つ今後も長期にわたって伸び続けるという見通しの中で、最早従来 of 社会福祉制度ではこうした状況に対応できないという認識から、厚生省の内外では1970年代の後半頃から社会保障、社会福祉、保健医療等に関する新しいシステムを求める議論が始まった。そして約10年が経過した段階で政府は「人生50年時代に形成された既存の諸制度、諸慣行を見直し、人生80年時代にふさわしい経済社会システムに転換」する旨の長寿社会対策大綱（1986年）を閣議決定した。そして今後の長期的な財政をどのように確立するかが最重要課題となり、遂に1989年（バブル経済崩壊の寸前）、竹下内閣は消費税を創設（税率3.0%、後に5.0%に引き上げ）したのである。そして翌年にはこの新たな財源のもとで、ゴールドプランをスタートさせ、福祉8法改正を行った。このようにして日本の福祉改革は始まったが、そこに大きなボタンの掛け違いがあった。

ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21（1990～2004年度）は一貫して在宅福祉、地域福祉のベースを施設福祉に置いている。そして介護保険制度も、更にはこの小論で取り上げている報告書の基本的なトーンも同じ流れであることが最大の問題なのである。

長年にわたって展開されてきた入所型施設福祉中心の福祉体系をベースに、

まさに「木に竹を接ぐ」が如き方法でゴールドプラン（総論は在宅福祉シフトであるが、各論は従来型の施設福祉ベースというねじれ構造）を展開することになり、それを後追いするが如く、措置制度を温存したままの8法改正（1990年）が行われたのである。

こうした中で、地域福祉推進において大きな役割を担うべき社会福祉協議会も1990年の社会福祉事業法の改正によって事業型社協への道を一気に駆け上るのである。このことはその後の地域福祉の展開を大変難しくしてしまう結果となる。また、ゴールドプランとともに誕生した在宅介護支援センターも施設ベース（サービス供給者ベース）で展開されたため、その後の介護保険による「日本型ケアマネジメントシステム」によって事実上「居宅介護支援事業所」に転換され、従来の機能は台無しになってしまったのである。

要するに、介護保険創設に当たって社会的介護基盤の整備が求められたのであるが、その整備手法として採られたのが「旧来の施設福祉を基盤とする在宅福祉の拡充」であり、「供給者主体の介護システムを確立」することであったのである。この文脈において整備されたのは残念ながら“care in the community”であって“care by the community (community care)”ではなかったのである。

第2節 介護とは何か

1960年代以降の高度経済成長の中で、核家族化や都市化が急速に進み、家族・親族や近隣・地域社会の構造や機能は大きく変化し、その福祉的力量はどんどん落ち込んでいった。一方、高齢者人口は絶対的にも相対的にも年々増加するが、同時に高齢者世帯も急増し、高齢者と子との同居率も大きく低下した。このことは高齢者との同居経験の殆んどない児童や若者が急増したことを意味する。

こうした状況の中で、政府も多くの研究者も判で押したように「家族と地域社会の機能が低下した今日では、制度政策面での社会福祉の充実以外に人々の福祉を確保する道はない」というような主張を繰り返した。（これは土台と上

物との関係を倒置した議論であることに十分注意する必要がある。制度政策は決して土台ではなく、上物なのである。従って脆弱な土台に巨大な上物を構築するとそれは砂上の楼閣となり、持続性を持ちえないのである。）

本来、社会福祉の本質は人々の日常生活との関わりであり、その展開の基盤はコミュニティ（生活者が互いに生活課題を共有し改善する関係や場）にある。中央や地方の政府はそうした基盤の上に制度や政策を、また専門職は一定の技術を展開し、それらの力のバランスや一定の緊張的力動関係（ダイナミックス）によって社会福祉は発展するのである。

介護保険制度のような大規模な社会的システムを構築する場合は、これらのバランスをしっかりと検討する必要がある。病気の治療においても患者の心身の状況や力量と治療方法のバランスが最も重要な判断基準であるのと同様である。

しかし残念ながら介護保険の創設に当たってはこのことは殆んど省みられなかった。あれほど政府自身が「家族と地域社会の機能低下」を指摘しておきながら、その力量とのバランスを無視して巨大システムを創設したのである。

確かに社会の状況は介護保険制度を必要としていた。従ってその制度の創設自体が間違いであったというのではない。むしろ遅すぎたほどである。しかし、介護のコストを社会的に確保するシステムを構築する場合には先ず何よりも「介護」の何たるかを根本的に明らかにし、それに相応しいシステムを、土台の状況に合わせて構築しなければならない。

従って、社会福祉の基盤であるコミュニティの強化についても、それ自体は政府が積極的に介入すべき課題ではないにしろ、人々（市民）が主体的にコミュニティを強化しようとする営みを、意図的ではないにしろ妨害するとか、そのための社会資源を弱体化させるようなことはすべきではない。

「介護」とは基本的に生活者同士の学び合いと助け合いの関係である。介護の本質は主体的な関係であって、決して食事・入浴・排泄介助などの行為だけを意味するものではない。介護保険サービスと一般にいわれている各種の給付は介護技術や介護労力の提供であって、介護関係そのものが提供されるわけで

はない。介護関係は基本的に当事者と家族、近隣、友人あるいはボランティア等々との間のインフォーマルな支えあい関係である。

こうした関係がよりよく持続されるには社会サービスとしての各種の介護技術や介護労力が必要となるために、そのコストを介護保険制度という近代的相互扶助によって賄うのである。

ところが介護保険制度を創設する過程では介護ニーズを介護リスク（保険事故）と捉え、あたかも日常生活からそのリスク（介護する・される）を排除し、そのことで生活の安定を確保するためのシステムが介護保険であるかのような政府説明が行われた。これでは全く介護というものの本質を捉えていない。その結果、多くの人々は保険料を支払えば生涯「介護地獄」に落ちずにすむ、と理解して賛成したのである。

また、社会的介護システムの確立という言葉もしばしば使われたが、その基本精神は決して保険料を払えばよいということではなくて、われわれが互いに協力してより良い介護関係を形成していくという意味なのである。介護保険はそのための経済システムなのである。（経済法である介護保険法ではその第4条第2項に「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。」としか書いてないが、これは経済法としての性格上致し方ないことであろう。）

また、介護とは生活の一部であり、人生の一部である。決してそれを離れて生活や人生はないのである。だからこそ全ての人々が協同すべき課題なのである。前述のように介護の本質は介護関係にある。誰でもその生涯は介護に始まって介護に終わるのである。人生のどの段階、どの状況を見てもその濃淡は様々であるが常に介護関係は必要である。従って介護ニーズを人生のリスクと捉えて外部化することは人生そのものを他人化することに他ならない。これはまさに自己実現の否定につながる。

筆者は長寿社会となった今日、80年どころか90年、あるいはそれ以上の人生を全うするには学び合いこそが最大の課題だと考えている。学ぶとは真似ることから始まる。現代社会は長寿社会となり、世代の重層化社会であるにもかかわらず

わらず世代間の学び合い、男女間の学び合いは進んでいるようには思えない。世代間と男女間の学び合いは人生の縦糸と横糸の関係であり、これによって人生という一枚の布が織りあがっていくのである。

しかし、現代社会は「予備体験の欠落した社会」である。情報は飛び交っていてもリアルな体験や実物教育は大変不足している。子育てや介護も同様である。学びや仕事は細分化され、育み、癒し、看取り、そして家事の多くも外部化（他人化）され、遊びすらが自分（達）で創り出せない今日的状況にあって「自己実現」という言葉だけが虚しく飛び交っている。

自分にこどもが出来て生まれて初めて子どもと向き合った、という若い親達は決して少なくない。それまでに全く子守りの経験がないのである。高齢者や障害（児）者との同居その他の共同経験をもたない者が、ある日突然、介護する・されるという状況におかれて戸惑わない方がおかしい。

このような社会状況において、職業としてであれ、ボランティアとしてであれ、どうして「他者を大切にすること」ができるであろうか。ケアとはもともと「ものごとを大切にすること」という意味であり、介護の介は「人と人のより良い関係を創り出す」という意味である。より良い関係のないところにより良い介護はありえない。前述のように介護保険が提供する（厳密にはそのコストを保障するというべきか）ものは介護関係ではなく、介護の技術や労力（のコスト）である。より良い関係のないところに技術や労力だけが提供されてもその効果は期待できない。痩せ馬に鞭打つが如きである。少なくとも長期的にはそういわざるをえない。だからこそ長期にわたる施設介護は問題が多いといわれるのである。

第3節 介護保険創設におけるボタンの掛け違い

介護保険制度の創設に当たっては「措置から契約へ」「施設から在宅へ」「保護から自立支援へ」「行政処分から自己選択へ」というふれ込みが行われ、遂に社会福祉においても「自己決定と自己責任の時代がやってきた」といわれた

のである。

しかし、そうした多くの謳い文句や理念とは裏腹に介護保険の現実はいずれまでの措置制度や健康保険制度の介護版という域を大きくは出ていなかった。実際の介護保険システムとして採用された内容は以下の通りである。

①現物給付主義、②第三者払い方式、③ADL中心のアセスメント（医療モデル）、④事業者に所属するケアマネジャー（雇用者と利用者への二重契約）、⑤福祉職よりも各種の医療職をベースとしたケアマネジャー国家試験受験資格制度、⑥介護予防や生活の場におけるリハビリテーションの軽視、⑦痴呆性高齢者ケアの軽視、⑧要介護者の社会的環境の軽視（個体モデル）、⑨入所施設におけるケアマネジメントの軽視、⑩施設規模や所在地に関わりのないの一律報酬制の採用、⑪低水準な訪問介護等の報酬設定、⑫不十分なケアの評価システムや苦情解決システム、⑬脆弱な情報公開・情報提供システム、⑭加入年齢を40歳以上とし、障害（児）者介護を除外、そして事実上、⑮在宅介護支援センターを居宅介護支援事業所に転換させたこと等々、枚挙に暇がない程である。

これらに対して報告書においても幾つか重要な指摘をしているが、①②⑤⑩⑭など、制度の根幹に関わる問題点には全く触れていない。また、④の違法性や⑨の差別的扱い、それに⑮における混乱などについての指摘は極めて不十分である。これでどうして「持続可能な制度」を目指すといえるのであろうか。（制度見直しの議論を社会保障審議会に委ねるにしても問題提起すらなされていないのはどうしてか）

確かにこうした報告書は一般の学術的調査研究報告とは異なり、多くの事実上の制約があることは十分想像できるが、しかし他方においてはこうした報告書が今後の重要な政策決定に大きな影響力をもつわけであるから、そうした意味で見直しの必要性についてはその理由を明確にしてハッキリと指摘しておくべきだと考える。ボタンを掛け違えたまま新たな政策が打ち出されることは混乱に一層拍車を掛けることになる。

ところで報告書では3年を経過した介護保険や今後の介護のあり方に対して以下のような提言を行っている。

「高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現を目指すこと」そのために、「介護予防や（医療と介護の）リハビリテーションの充実及び高齢者の社会参加促進」「365日・24時間の在宅ケア（安心）システムの確立、自宅と施設の間間的な新しい居住型サービスの提供、小規模・多機能サービス拠点を利用者の生活圏内に整備することなどを内容とする地域包括ケアシステムの確立」「在宅ケアと施設ケアの連続性を確保するための施設における個別ケアの推進（ユニットケア）」「介護のベースを痴呆性高齢者ケアにおく新しいケアモデルの確立」「サービス評価（自立支援に関する効果測定法の開発を含む）及びそれに関する情報提供の改善」「成年後見制度の改善」「ケアマネジャーその他サービス従事者の質の向上」「劣悪な事業者の速やかな排除」等々の必要性を指摘している。

これらの提言には確かに見るべき点も多いが、基本的な欠落や誤りも少なくない。そうしたことについて次節ではマイケアプラン運動の視点から批判すると同時に一定の提言を行うこととする。

第4節 報告書への批判とマイケアプラン運動からの提言

前節で指摘したように介護保険はその創設時点において幾つもの大きなボタンの掛け違いをしている。従ってその掛け違いを放置し、無修正のままに新たな施策を打ち出すことはあまりに無責任であり、将来の混乱を拡大する原因となる。

報告書は団塊の世代が高齢世代となるこれからの10年を視野に入れて記述されている。そしてこの世代の特徴としてサラリーマンなど雇用者であった率の高さを挙げ、また、職住が離れていたために地域社会との縁が薄いことも指摘している。更にこの世代は老親とも離れて暮らしてきた者の割合が多く、自分達もまた子とは別居し、老夫婦世帯か単独世帯で生活しているというイメージである。

極論すれば団塊の世代とは地縁・血縁共に希薄な世代である。高度経済成長期に学校を卒業して就職し、これからの10年間にその殆んどが職場から去っていくのである。物心ついた頃には既にテレビ放送が始まっていた（1953年放送開始）世代であり、終戦時に既に10～20歳に達していた世代や、更にその上の戦争を経験した世代などとは明らかに異なる時代を生きてきた世代である。またこの世代はベビーブーマーであるが故に常に市場のターゲットとされたのであり、これからの時代も高齢者市場の中核的消費者として位置付けられる世代である。こうした世代がスッポリと高齢者人口に参入し、人口の4人に1人が高齢者という本格的な超高齢社会になるというのが2015年社会である。

報告書は冒頭で「高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現を目指すこと」がこれからの最重要事項だとしている。要介護状態になっても自分の人生や日常の生活について自己決定できること、そしてそれが誰からも尊重されることこそが生の尊厳だということである。これはまさにマイケアプラン運動と同一の理念であり、筆者も勿論大賛成である。しかし、そこには以下のようないくつかの問題がある。

1. 現物給付主義

最初に指摘したいことは介護保険が措置制度や健康保険制度と同様に現物給付主義であること、そして給付金は当然の如く診療報酬支払い基金から事業者
に直接払い込まれる第三者払い方式が採られていることである。このシステムのもとで当事者や家族が介護保険を利用しつつ「その人らしい生活を自分（達）の意思で送ること」は実は決して容易ではない。現物給付や第三者払いの仕組みは事業者側が圧倒的に優位な制度なのである。

従って利用者（当事者等）は自分（達）の生活に、自分（達）が選択したサービスを内部化して主体的な生活を構築するのではなく、まさに時間割の如く組み立てられた週間あるいは月間のサービス利用票に基づいて、提供されるサービスの合間を縫って「生活」をするという主客の転倒した状況を余儀なくされるのである。しかも提供されるサービスはその量と内容が厳しく限定されて

いる。

そもそも措置制度とは生活保護制度における現金給付主義では生活が困難なごく特定の人々を対象とした選別主義的な保護の現物給付システムである。勿論、それは職権主義で展開される。健康保険の場合も医療という高度な判断に基く療養の給付ということから、患者の選択の入り込む余地がない現物給付主義が採られているのである。こうした両制度と同様の現物給付主義を採用しておいて、「その人らしい生活を自分（達）の意思で送ること」といわれても足枷をはめられた状態で踊れといわれているのと同様ではなからうか。マイケアプラン運動の参加者はこの点について強い憤りを感じている。

実は生活保護での介護扶助においては被保護者はケアプランの自己作成を認められていない。その結果、被保護者は一部の介護保険事業者から「ケアマネが自由にケアプランを作成できる大変おいしいお客」といわれ、望んでもいない「サービス」を限度一杯受けさせられているのである。何ということであろうか。こうした「介護漬け」は健康保険の「薬漬け」「検査漬け」と同様に明確な人権侵害である。

2. 医療モデル

次に指摘したいことは、報告書でも介護保険のアセスメントやケアの基本がADL中心であり、また要介護者の生活環境等に関して十分な配慮を払っていないと述べているが、こうしたことは介護保険制度が基本的に医療モデル、個体モデルの考え方で構築されているからであり、生活や福祉をベースとした組み立てになっていないからである。更にこうした医療モデル、個体モデルに基づく「診断と治療」の発想から要介護認定やアセスメントの考え方が導かれている点も大いに問題である。しかしその点についての報告書の記述は極めて不十分である。

また、報告書は新しいケアモデルを痴呆性高齢者ケアにおくとしているが、もう1つは個体モデルから家族モデルへの転換も検討する必要がある。要するに生活モデル、関係モデルへの転換である。これにはいわゆるジェンダーの議論との関係に十分配慮しなければならないが、こうすることで介護保険のメ

ディカライズをある程度防止できるのではなかろうか。そしてこのことは現行介護保険の保険システムそのものの基本的なあり方の検討と並行して行う必要があると考える。

とはいえ筆者も今から健康保険同様に短期保険構造である現行介護保険制度を、年金保険と同じ長期保険構造に転換し、現物給付主義を現金給付主義に変更することは殆んど不可能であることは理解している。しかし、全面的な現金給付主義を採用しなくともドイツ方式その他の方法はあると考えている。因みにドイツの介護保険も医療保険ベースであり、日本はそれを都合よく模倣したのである。

3. 介護予防

報告書はまた給付内容において要介護者と要支援者とが全く区別されていないことを指摘し、介護予防やリハビリテーションの重要性を述べている。もともと介護保険では予防給付に重点をおく筈であった。しかし、現実には今回制度化された障害者福祉分野の支援費制度と比較しても、高齢者を主たる対象とする介護保険制度では外出時の介護サービス等は極めて限定されている。これは社会参加等に対する年齢による差別、即ちエイジズム以外の何ものでもない。この点でも「その人らしい生活」は無視されている。

4. 民間介護保険

但し、こういうことを指摘すると必ず「介護保険で何もかもニーズを満たすことは土台不可能だし、そんなことをすればたちまち破綻してしまう」という反論が返って来る。確かにそうであろう。しかし、それならば何故今回の報告書では公的介護保険制度（社会保険制度）と並ぶべき民間介護保険制度や介護共済制度について全く記述されていないのであろうか。

例えは適当ではないかもしれないが、公的介護保険を自賠責保険であるとするならば、民間介護保険や介護共済は任意保険に相当する。日本では殆んど車は任意保険にも加入している。公的介護保険と民間介護保険の両立によって「その人らしい生活」に一步近づくこともできるのである。

5. 日本型ケアマネジメント

日本の介護保険の大きな特徴の1つはケアマネジメントである。介護保険とケアマネジメントがセットにされた世界最初の例であろう。加えて日本のケアマネジメントは幾つかの点で際立っている。その第1はケアマネジャーの多くがサービス事業所に所属しているということ。その第2はケアマネジャーの多くが医療職出身者であること。その第3はケアプランの作成が殆んどケアマネジャーサイドで行われていること。その第4は報酬が低いために大量のクライアントをかかえ、且つ、所属する事業所のサービスを売り込むことで収入を補おうとする傾向がつよいこと。その第5は在宅の場合と入所の場合ではケアプランの連続性が保障されていないこと。その第6はカンファレンスやモニタリングが多くの場合行われていないか、行われていてもその殆んどは利用者や家族抜きであること、等々である。

報告書においてもこの内幾つかの点は指摘され改善する必要があるとしているが、上記の第2や第4の点については全く記述がない。また、その他の点においても具体的にどのようにして改善するのか、例えば第1の点についてはケアマネジャーの中立・公正の確保が謳われているが、その方法についての示唆はない。画餅に終わりそうである。

要するに介護保険創設に当たって基盤整備を急ぐためには事業者の利益を確保することが第1だと考えられたための結果であり、今さらその点に手をつけることができるのか、何処までやる気があるのか、疑わしい限りである。

6. 在宅介護支援センター

報告書では介護保険のサービスコーディネーターであるケアマネジャーだけでは対応できない複雑な事例や、多様な調整が求められる事例があり、そのためには在宅介護支援センター等の機能が必要となると述べている。しかし現実の在宅介護支援センターは本来、老人福祉法に基づく市町村からの委託事業であるにもかかわらず、介護保険の居宅介護支援事業所との二枚看板による営業を余儀なくされ、予算も大幅に削られて見る影もなくなっている。

もともと、在宅介護支援センターについては特別養護老人ホーム等の24時間

施設（入所施設）に併設させたこと自体が問題であったが、それでも多くのセンターは母施設の支配や行政からの一方的な注文を適当にかわしつつ、福祉職と保健・看護職が協力して独自の展開をし、地域でのそれなりの信頼を得てきたのである。それが上記のような経過（その点は報告書でも指摘しているが）で、かつての機能を回復させることが非常に難しい状況にある。

これを本気で再生させようというのならその方法は地元自治体と施設法人、社協法人の三者が協議して、施設法人が地元自治体から受託している在宅介護支援センター事業と、社協法人が行っている介護保険事業とを交換すべきである。そして更に在宅介護支援センター事業を、障害者生活支援センターや児童家庭支援センター等の各種の自立生活支援センター事業等と統合し、社協の固有の事業としての地域福祉総合相談センターに育て上げるという道があると思われる。

この場合、現在の在宅介護支援センター事業の基本的性格は老人福祉法に基づく行政からの委託事業であるが、ここで提案する地域福祉総合相談センターは社協の固有事業とすべきである。従って行政との関係では社会福祉法に基づく補助事業とすべきである。

また報告書では介護保険と地方分権のことが若干述べられている。しかし現在進行中の市町村合併で基本行政単位が拡大し、きめ細かい福祉行政が期待しにくくなる。この場合、同時に市町村社協も合併するために、従来の小地域福祉活動はますます展開しにくくなるのである。こうした状況を跳ね返していくためにも現在全国に8300設置されている在宅介護支援センターを、地域福祉総合相談センターであると同時に、住民主体の地域福祉活動センターとして再生することができれば、在宅福祉からコミュニティケアへの展望も開けて来るのである。

7. 市町村地域福祉計画

報告書では市町村地域福祉計画との関連性は全く述べられていない。これから10年間の「ゴールドプラン」はそれとは無関係とでもいうのであろうか。そうではないというのならこの点に触れられていないのは大きな欠落である。

また、市町村地域福祉計画は市町村社協の地域福祉活動計画と深い関わりがあるが、「その人らしい生活を自分の意思で送る」ためには、当事者やその家族が何よりも社会的に孤立しないことが大前提である。介護の本質は既に述べた如く介護関係にこそある。この場合の介護関係とは単に家族、親族内のそれだけを指すのではない。むしろ近隣関係をベースにした小地域での支えあいこそが重要なのである。その点では報告書の指摘と一致する点が少なくない。

しかし、要介護者やその家族が積極的に地域での関わりをもつためには当事者だけの努力では大きな限界がある。こうした関係形成こそ小地域社協活動の重要な課題である。既に介護者家族の会なども組織されているが、当事者だけを組織してもコミュニティ関係の形成は進まない。

介護保険は介護関係を給付するものではない。給付するのは介護技術と介護労働のコスト（その9割）である。従って、より良い介護関係は当然別の方法で確立し定着させなければならない。そうしたことにこそ社協の役割があり、市町村の地域福祉計画ではそうしたことも視野に入れつつ、行財政面での役割を明確にし、その具体的な役割をどう進めていくか、明記する必要がある。しかし、報告書ではこうした重要な視点を全く欠落させているのである。マイケアプラン運動においても社協や在宅介護支援センターとの関係の中で、当事者が地域で孤立しないためにはどうすべきか、そうしたことへの関心を高めていく必要を強く感じている。

8. 痴呆性高齢者ケア（成年後見制度、地域福祉権利擁護事業との関係を含む）

痴呆性高齢者の問題はマイケアプラン運動のアキレス腱である。家族や古くからの友人であってもケアプラン作成などの代理行為は許されない。代理行為をするには後見人であることが求められる。報告書では成年後見制度に関してはほんの僅かしか述べられていない。地域福祉権利擁護事業に至っては全く触れられていない。

成年後見制度は禁治産制度を根本的に見直したものとされているが、現実にはなお財産の保全が中心的な機能となっている。従って、当事者のケアのために、またより良い生活のために、当事者の財産を積極的に且つ効果的に活用す

るという機能や当事者の意に添ったサービスを選択するという機能（身上監護）は殆んど発揮されていないのではなからうか。

特に地域福祉権利擁護事業は社協の重要な事業とされているが、介護保険の財政規模とは全く比較にならない小規模なものである。これでは高齢者や障害者が安心してサービス利用ができる状態には程遠い。しかも、社協の殆んどはいわゆる事業型社協であるが、にもかかわらずサービス事業と権利擁護事業を同一主体で行っている状況は利益相反関係からいって明らかに問題である。この点からも社協が一日も早く事業型から脱皮する道を開拓する必要がある。

9. 大規模施設と施設の3類型

措置制度による福祉施設はその規模、所在地、職員の平均勤続年数等によって措置費単価が傾斜しているため、ある程度、大規模化には歯止めがかかっていたが、介護保険制度ではそうしたことがないために大規模施設ほど利益が大きくなる仕組みである。

また、特養、老健、療養型という3類型があるために利用者のたらい回しが後を絶たない。さりとて単純な一本化には問題点も多い。単純な一本化は介護保険施設の更なる医療施設化（病院化）を促進させるだけである。

前者について報告書では新しい居住型サービスや小規模・多機能化、特養などでのユニットケアの促進等、地域包括ケアシステムの確立が提言されているが、こうしたことは一歩間違えると地域の施設化や利用者の囲い込み（青田刈り）といった新たな問題を発生させるため十分注意しなければならない。

また、後者の問題も含めて考えた場合は、基本的に施設のオープンシステム化を検討すべきであろう。クローズドシステムで考える限り施設の3類型の統合はあまりに問題が多すぎる。それにオープンシステム化は現状における在宅ケアと施設ケアの不連続性を改善することや、地域居住を容易にするという点で効果があるものと思われる。

10. 新しい居住型サービス

2001年の高齢者居住法により高齢者向け優良賃貸住宅などが整備されることになった。報告書ではこうした新しい賃貸住宅に、LSAが配置されているシル

バーハウジングや介護付き有料老人ホーム、それにケアハウス等従来からのものを加え、更には小規模・多機能サービス拠点などの地域分散型サテライトケアを進めることで、新しい多様な居住型サービスを構築しようとしている。また、特養などにおけるユニットケアの推進により従来の入所型施設を居住施設化しようとしている。

こうした動きは従来大きく懸け離れていた一般住宅と入所型の福祉施設の双方からの接近ということで、それなりに評価もできるが、無条件に諸手を挙げて賛成というわけにもいかない。

何故ならこうした考え方に共通しているのは「高齢者は要介護状態に対処するために住み替えすべし」というリロケーションの考え方である。筆者流に命名するとすれば一種の「世代間分離居住システム」である。

確かにこれは住み慣れた地域社会での生活を継続するための世代間摩擦減少法の1つであり、同時にバリアフリー環境などによって社会サービスの効果的な利用がしやすいといえるであろうが、それは裏返せば「住み替えないと世代間摩擦は減少しないのか、また、必要な社会サービスが効果的に利用できないのか」ということであり、それでは困るのである。

筆者は以前から「地域分散型グループリビング」の推進を主張してきた。これはそれぞれの住まいでの生活を継続することでより一層その人らしい生活が可能となる、という考え方である。この場合のグループリビングとは必ずしも同一場所で集住するという物理的な意味ではなく、地域でお互いが助け合って暮らすということに力点がある。それに必要な住宅リフォームのコストや日常生活費の不足を補う方法としてはリバースモーゲージなどが有効であるとして、財団法人・大学コンソーシアム京都での研究報告「京都市におけるリバースモーゲージとコミュニティ・ライフデザイン」をまとめ2001年度に京都市に提言したところである。

11. サービス評価

報告書ではサービス評価の基本的な指標として「高齢者の自立支援を促し、尊厳ある生活の継続を可能とするものとなっているかどうか」が大切であると

述べており、また「日常生活における自由な自己決定の積み重ねこそが『尊厳ある生活』の基本」だとしている。

サービス評価には第三者評価、当事者評価、事業者評価などがあるが、マイケアプラン運動としてはマイケアプランを通しての当事者評価、自己評価の重要性を強調している。われわれはケアプランを自己作成する過程でのいろいろな「気付き」が重要だと考えている。また、自己作成であるが故に本人と家族が向き合い、これからの生活をそれぞれが考えるのである。

それに対してケアマネジャーによるケアプランは、家族員など生活を協同する者それぞれが主体的にこれからの生活を考え、互いの関係をどう形成し、維持していくかという視点が欠落しやすい。(医学モデル、個体モデルの欠陥)

「尊厳ある生活」とは、それが当事者同士(本人とその家族など)の中で、どう意識化され共有されているかが非常に重要である。「これは非常に値打ちのある物ですよ」と幾らいわれても、本人がそれ自体に感動し心から喜ばなければ「交換価値はあっても使用価値がない」のと同様である。

また、報告書ではリハビリテーションなどについて医療と福祉(介護)との連携の重要性に触れているが、介護保険と健康保険及びその他の福祉サービスを総合したコストの変化を時系列的に考察することの必要性については全く触れられていない。介護保険は市町村が保険者であるわけで、利用者の同意が得られれば是非とも総合的なモニタリングを実施すべきである。介護給付が減少しても、それ以上に医療給付が増大していれば介護保険給付の効果があったとは必ずしも評価できない。これからは少なくとも自治体が関与する社会サービスの総合的な評価手法(例え給付状況だけでも利用者の同意があれば名寄せして経過を観察するなど)については早急に確立すべきである。

12. 情報の非対称性

情報の非対称性を改善することは決して容易ではない。殆んどの場合に情報は売り手優位である。何故なら売り手は常に組織的であり、買い手は個々人だからである。この状態ではいくらインターネットを駆使しても簡単に改善はできない。従って、社協などが積極的に当事者の組織化を進める必要がある。社

協は制度上、事業者の過半数を組織しなければならないが、当事者については具体的規定がない。従って、当事者組織といえば介護者家族の会以外に殆んど見当たらない。しかしこの組織化もそれ程進んでいるわけではない。今後の大きな課題は当事者の組織化であるが、マイケアプラン運動はその1つの先駆けであると自認している。

13. 従事者の質と今後の教育

この点で重要なのは日本の従事者教育や専門職教育では「倫理教育」をはじめ「自己のストレス管理」や「危機管理」教育が非常に遅れており、これをどう改善するかが今後の大きな課題の1つである。

報告書が述べているような今後のケアの方向性を追及し、積極的に実践しようとするればどうしても不可欠であるのが教育における上記の内容である。より良いケアには反面で多くの葛藤がつきまとう。こうした状況はありきたりのマニュアルではクリアできない。

長年にわたって行政の下請けとして展開され、責任は行政にとって貰うという認識しかなかった日本の状況では、教育においてもこの点が大きく遅れている（殆んど欠落しているという方が正しいかもしれない）。この現状を早急に改善しないと、従事者としての自立はありえない。

14. 障害（児）者福祉との関係

高齢者介護をはじめ、介護の世界が最も陥りやすいのはパターンリズムである。特に高齢者介護においてはその傾向が強いように思われる。その点で、決して簡単なことではないが、2005年度に予定されている介護保険の制度見直しにおいて、20歳以上の全員加入と、障害（児）者への全面的給付制度に踏み切ることは是非とも実現すべきことである。確かに、高齢者福祉と障害（児）者福祉の間には今までも多くの葛藤があるが、それを乗り越えるには両者が同じ土俵に立つことが必要だと考える。

報告書はこの点の議論を全面的に社会保障審議会での制度改革の議論に譲っているようで、何ら触れていないが、介護保険を軸とした両者（高齢者介護と障害児者介護）の統合は今後のケアの質を大きく左右するものであり、介護保

険におけるパターンリズムを克服する大きなエポックとしてマイケアプラン運動においても大いに期待している。

おわりに

その人口の多さ故に生まれてこの方ずっと市場のターゲットとされてきた団塊の世代（1947～1949年生まれ）が、これからも高齢者産業のターゲットにされることは間違いのないであろう。それに対してこの世代がどう反応するか、また、すべきなのかがこれからの大きな問題である。

マイケアプラン運動は、実は団塊の世代が、古いパターンリズムに基づく行政施策や高齢者産業の餌食になることを拒否し、自らの人生や日々の生活をしっかりと考え、全ての世代と協同し、男女が共に新しい地域生活文化を構築していくこと、そして一人ひとりが自分のライフプランに基づくマイケアプラン（自分の人生を大切にするための日々の計画）を実践していくことを期待している。介護保険や支援費制度に関わるマイケアプラン運動はそうした方向への1つの自主トレーニングでありプラクティスだと考えている。

介護保険は地方分権や地方自治を推進していく上での恰好のテーマであるといわれているが、われわれ一人ひとりにとってもそれは自立した生活者（市民協同型福祉社会の構成員）へのエクササイズなのである。報告書においてもいたるところで自己決定とか自己選択ということが謳われているが、それらが単に言葉だけに終わらないためには、われわれ一人ひとりの生活実践（より良い生活者であることを目指して意識的な生活を積極的に展開すること）こそが重要なのである。

学園闘争と70年安保の世代であり、また同時にマイホーム主義世代でもある団塊の世代が、どんな超高齢社会をどのようにして構築していくか。ここで注目すべきは団塊の世代の中でも特に女性である。彼女達は男性と異なり、地域社会の中にもかなりしっかりとした足場を築いている。そして自立（律）への意識や意欲もかなり明確である。そうした彼女達は決して単なるcare takerに

は終わらないのである。しかしこの報告書ではこうした視点も欠落している。

そして21世紀半ばの、3人に1人が高齢者という未曾有の超高齢・長寿社会に向けて、第2次ベビーブーマー世代（1971～1974年生まれ）が、その文化をどう受け継ぎ、更にどう展開していくか。これらが今後半世紀の日本社会を特徴づける大きな要素の1つであろう。

ところでこれからの時代は、必ずしも20世紀に見られたような欧米型の高齢社会文化が世界をリードする時代ではないと考えられる。21世紀前半にはアジアが急速に高齢化する。アジアの高齢者人口が全世界人口の10%（100億人中の10億人）に到達するという見通しはほぼ確実である。アジアの高齢者人口だけで欧米の全人口を上回るのである。

こうした中で、一足先に急速な超高齢化を経験した日本社会が果たすべき役割は決して小さくない。アジア文化をベースとした新しい高齢・長寿社会文化の構築に日本の第1次・第2次のベビーブーマー達は大きく関わっていくのである。

参考文献

- ①高橋由人・小國英夫「公的介護保険における議論の構造～福祉的視点を中心に～」愛知県立大学文学部論集第46号 1997年
- ②橋本泰子・竹内孝仁・白澤政和監修「海外と日本のケアマネジメント」ケアマネジメント講座③ 2000年 中央法規出版
- ③「月間福祉」2003年10月号・第1特集「2015年の高齢者介護」（インタビュー及び座談会）
- ④社会保障審議会 2003.6.16.