

二〇〇五年介護保険法改正の論点と介護保障政策の課題

—— 欧州諸国の政策動向からの示唆 ——

岩間 大和子

はじめに

- 一 二〇〇五年介護保険法改正とその論点
- 二 欧州諸国の介護保障政策の展開
- 三 欧州諸国の介護保障政策からわが国への示唆
おわりに

はじめに

二〇〇〇年四月に施行された介護保険法は、附則で、五年後を目処に見直す旨を定めており、これを受けて、二〇〇五年六月に、介護保険法改正法案が成立し、二〇〇六年四月から全面的に施行された。

一九九七年に介護保険法が制定された背景には、人口高齢化の急激な進行^{〔1〕}による要介護高齢者の増大、家族形態の変化、女性の就業率の増加など家族の介護力の弱体化、そのような変化に対する従

来の老人福祉制度や老人保健制度による対応の限界など、介護をとりまく状況の大きな変化があった。高齢者の介護保障のあり方の検討過程では、税（公費）によるサービス方式をとるか保険方式をとるかなど財政方式の基本的な議論を初め多様な視点からの議論が行なわれたが、財政方式としては、結局、社会保険方式をとることとなった。介護保険法が目指したものは、要介護者の自立支援、利用者によるサービス選択、在宅生活の重視、ケア（福祉サービス・保健医療サービス）の一体的提供、多様な事業主体によるサービスの効率的提供、などである。²⁾

施行後、利用者数が急増し、介護保険法は「介護の社会化」に一定程度の役割を果たし定着してきた。しかし、現在でも、在宅介護において家族介護者が担っている役割が大きいなど、法の趣旨と実態との間には乖離が見られ、また、二〇〇五年改正の内容を含め、介護保障をめぐる論点・課題が指摘されている。本稿では、まず、二〇〇五年改正の内容と意味を検討し、新たに生じている諸問題を明らかにしたい。

一方、わが国の高齢者介護保障のあり方の検討の過程では、ドイツ、イギリス、北欧諸国等の多様な介護保障システムが検討され、介護の理念や制度設計に様々な影響を与えた。これらの国の介護政策は、その後どのような展開を見せているのだろうか。これら諸国の介護保障システムはその背景や基盤が夫々異なり、発展段階の相違を認識することが必要であるが、その上で、各国の政策動向から、その特徴と共通する政策課題への対応を抽出することができよう。それらの抽出された政策動向から、わが国の介護保障システムの課題への示唆を考察することとしたい。

一 二〇〇五年介護保険法改正とその論点

1 介護保険制度の実施状況 急増した利用者と総費用

介護保険制度のこの五年間の実施状況を統計的に概観すると次のような点が明らかになる。

創設時（二〇〇〇年四月末）に比べ、認定者数は、二一八万人から四一一人（二〇〇五年四月末）へと増加し一・八八倍となった。特に軽度の者（要支援・要介護1）の伸びが著しく、八四万人から二〇一万人へと二・三九倍に増加した。⁽³⁾

利用者数については一四九万人から三三五万人へと膨張し、二・二五倍となった。特に在宅サービス利用者は、九七万人から二五六万人へと二・六四倍に急増した。施設に関しては、入所者数は五二万人から七九万人へと増えたものの、増加率は一・五二倍に止まっている。ただし、入所希望者数は施設定員を大幅に上回っており、待機者が多い。⁽⁴⁾ 潜在的な施設入所希望者は、要介護者の重度化、家族の介護機能の弱体化に伴い増加している。

このような利用の急増に伴い、総費用は三・六兆円（二〇〇〇年度）から六・二兆円（二〇〇四年度）に、また、保険給付費も、三・二兆円から五・五兆円へと約一・七倍に増加している。⁽⁵⁾ 介護保険の費用の増大により、介護財政が圧迫され、「五年後を目途とした見直し」に向かつて、その持続可能性を如何に保持するかが主要な政策課題となった。

2 二〇〇五年改正の概要 制度の「持続可能性」と新たな課題への対応

介護保険法改正に向け、二〇〇三年五月から社会保障審議会介護保険部会で検討が開始された。同部会が二〇〇四年七月に提出した「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下、「意見」という。）で改正の基本的な方向が示された。⁶⁾

基本的視点として、制度の「持続可能性」、「明るく活力ある超高齢社会」の構築、社会保障の総合化を挙げている。また、新たな課題への対応として、現行の「サービスモデル」の転換を提示している。即ち、第一に、介護予防の観点から、従来の「介護」モデルを「介護＋予防」モデルに、第二に、認知症ケア推進の観点から、「身体ケア」モデルを「身体ケア＋痴呆（⁷⁾）（現在では認知症）ケア」モデルに、第三に、世帯構造の変化に鑑みて、「家族同居」モデルを「家族同居＋独居」モデルに転換することである。その上で、給付の効率化・重点化（介護予防システムの確立、施設給付の見直し）、新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスの創設等）、サービスの質の確保・向上、負担のあり方の見直し、制度運営の見直し（保険者機能の強化等）、が改革の五本の柱として挙げられた。また、法制定当時から論点の一つであった被保険者・受給者の範囲については、対象年齢の引き下げに關し両論併記とされた。

その後、被保険者・受給者の対象年齢引下げは、二〇〇五年改正では行なわれないことになったが、それ以外の点はほぼ報告書の内容に沿って改正法案が策定され、二〇〇五年二月に国会に提出され、六月に成立をみた。

二〇〇五年改正の特徴は端的に言えば、制度の持続可能性のための給付の効率化・重点化を目的とし

たものであると同時に、この間生じた新たな課題 地域ケア体制の整備、医療と介護の連携の強化、認知症ケアの推進、サービスの質の向上等 に対応する改革でもあったことである。以下に、改正の趣旨と内容を概説する。⁽⁸⁾

(1) 予防重視型システムへの転換

先に見たように、要支援や要介護1の軽度者が急増したが、厚生労働省は、軽度者の増加が介護給付費を増大させ、また、サービスが家事代行などに偏っているため、軽度者の自立に繋がっていないとみている。今後、こうした状態を改善し、軽度者の「廃用症候群」（「生活不活発病」ともいわれる）を減らし、できる限り要支援・要介護状態にならないこと、あるいは重度化しないことを目的に、新予防給付、地域支援事業（介護予防事業）が創設された。「意見」で提示されたように、「介護」モデルが「介護+予防」モデルに転換されることになったのである。

新予防給付は、自立支援とリハビリに重点を置いており、その対象は、従来の「要支援」（新区分では「要支援1」）及び「要介護1」のうち状態の維持・改善の可能性が高い者（新区分では「要支援2」）である。この給付には、「介護予防通所介護」「介護予防通所リハビリテーション」「介護予防訪問介護」「介護予防福祉用具貸与」など一五種のサービスがある。このうち、訪問介護は、利用の厳格化が図られ、報酬は定額化（複数段階）された。また、要支援及び要介護1の者は、特殊寝台、車椅子等が原則として給付対象から除外された。

また、地域支援事業（以下(3)参照）の一つとして、介護予防事業があり、地域の要支援・要介護になるおそれが高い高齢者に介護予防事業（運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上サービス）を行なう。

(2) 施設給付の見直し

従来の制度では、厚生労働省の試算によれば、在宅の者と施設入所者とは実質的な自己負担額に二倍程度の差があったため、「公平性」の観点から、また、居住費・食費等の基礎的な生活費は年金等でカバーされるものとの考え方から、施設給付の見直しが行なわれた。

施設入所者の居住費・食費が保険給付の対象外になり、その負担額は利用者として施設との契約になった。ただし、低所得者層に対しては、負担限度額（第一～第三段階）を定め、施設には、平均的な費用とその負担限度額との差額を、保険給付から補足給付として支払うこととした。

(3) 新たなサービス体系の創設

認知症の高齢者や独居の高齢者が増加していることに鑑み、高齢者が出来るだけ長く地域での生活が継続できるよう、従来の「居宅サービス」「施設サービス」に加え、新たなサービス体系が創設された。即ち、「地域密着型サービス」を創設し、「居住系サービス」を充実させるとともに、「地域包括ケア体制」を整備する。また、「中重度者に対する支援」を強化し、医療と介護の連携強化・機能分担を進める。

「地域密着型サービス」には、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護など六種がある。は、在宅者の「通い」が中心的な利用形態であるが、場合により、「泊まり」や職員の「訪問」も可能である。グループホームなどを併設し、連続的なサービスを提供することもできる。は、定期巡回と通報による随時な対応を合わせて行なうもので、利用対象者は、人口規模二〇万人で三〇〇人程度が想定されている。

「居宅系サービス」の充実のために、次のような施策がとられる。 特定施設（従来は有料老人ホー

ムとケアハウスのみ）の対象を、一定の基準を満たす「高齢者専用賃貸住宅」にも拡大する。 特定施

設のサービス提供形態を多様化し、「外部サービス利用型特定施設入所者介護」を創設する。 有料老

人ホームの定義を見直し、また、情報開示や一時金保全措置の義務化など入所者保護の充実を図る。

「地域包括ケア体制」の整備のために、地域の中核機関として、「地域包括支援センター」が創設さ

れ、 総合相談事業、 虐待の早期発見・防止等の権利擁護、 包括的・継続的なケアマネジメント支

援、 介護予防ケアマネジメント等の機能を担う。 保健師（又は看護師）、主任ケアマネジャー、社会

福祉士が配置される。

「中重度者の支援強化」のために、 難病や末期がんの要介護者に対する「療養通所施設」の創設、

通所介護・リハビリにおける若年性認知症ケアの充実、 ショートステイの緊急的なニーズに対応す

るための「緊急短期入所ネットワーク」の整備、 認知症対応型グループホームの体制整備、 介護老

人福祉施設等における重度化・看取りへの対応の整備、 が行なわれる。

また、医療と介護の連携のために、ケアマネジメントにおける主治医との連携の強化を図る。

（４） サービスの質の確保・向上

在宅サービスにおいて民間事業者の参入策がとられ、サービス事業者数が拡大したが、架空請求、事

業者重視のケアプランの作成、不適切なサービスの提供などの問題が生じた。また、ケアマネジャーの

過重な担当件数、不十分な専門性などの問題も指摘され、ケアマネジメントの見直しが行なわれること

になった。サービスの質を確保し、利用者が適切なサービスを選択できるよう、次のような改革が行な

われた。

第一に、利用者が適切なサービスを選択できるよう、全ての事業者・施設に、所在地、職員数、居室面積等に関する基本情報に加えて、介護サービスの内容・基準、組織・運営に関する情報の公表を義務付けた。⁽⁵⁾

第二に、サービス担当者の研修体系の見直しなど専門性の向上を図るとともに、施設における身体拘束廃止やユニットケアの推進など、生活・療養環境の改善を進める。

第三に、不正を行なう事業者が増えていることから、事業者規制が厳格化され、事業者指定の欠格事由・取消し要件の追加、指定の更新制（六年毎）の導入、都道府県・市町村の指導監督権限の強化等が図られる。

第四に、ケアマネジメントをより適切なものにするために、ケアマネジャーの資格の更新制（五年毎）の導入、更新時の研修の義務化・体系化、不正行為に対する罰則強化、担当件数の引下げ等が進められる。

(5) 介護保険料の見直し

第一号被保険者の保険料は、所得に応じて五段階に設定されていたが、従来の第二段階（市町村民税世帯非課税）は負担能力に大きな開きがあったため、二分し、負担能力の低い層の保険料の軽減を図った。

3 二〇〇五年改正の論点

二〇〇五年改正は、制度の「持続可能性」と新たな課題に対応した改革の二つを目的とした。新たな課題への対応としては、サービス体系の改革、サービスモデルの改革、介護の質の確保等、介護保障の観点から注目される改革が行なわれた。一方、「持続可能性」（給付の効率化・節減）の観点から行なわれた、新予防給付の創設、給付適用の厳格化等に関しては、様々な問題が生じており、特に、本年四月の全面的施行以後、マスコミでも多くの具体的な問題が取り上げられてきた。ここでは、それらの点を確認しておきたい。

まず、軽度（要支援1・2（従来）の要支援及び要介護1の一部）と判定された場合には、新予防給付に基づく介護サービスが提供され、サービス削減のケースが生ずることである。厚生労働省は、従来の要介護1のうち、約六割（当初は七〇八割との見解）が要支援に移行するものと見ており、移行した高齢者は新予防給付の対象になる。新予防給付は、訪問介護の利用が限定的になる。また、要支援に加え要介護1の者も、特殊寝台、車椅子等の貸与が原則として給付の対象外になった。自立支援を旨としたものであるが、実際にこれらのサービスを必要とする高齢者にとって、利用制限は大きな影響をもたらした。⁽¹⁶⁾ 訪問介護の利用が制限されたことにより、自立度が低下したり、福祉機器の貸し出し制限によって、介護度が高くなるケースが懸念されている。予防事業の一つである筋力トレーニングのあり方にも疑問が呈されており、予防効果が高く、高齢者が参加しやすいメニューの整備が課題となる。⁽¹⁶⁾

サービスの削減分を埋めるために、一定の所得層の高齢者は、自費で民間のヘルパを雇ったり、電動ベッドを購入したりしているが、一方、低所得層では、サービスが受けられない状態が継続する。こ

れまでも低所得層では一割負担ができないことによるサービスの利用抑制が見られたが、今回の改正により、所得格差によって利用できるサービスの相違がより顕在化すると思われる。

軽度者のサービス利用については、必ずしもサービスが必要でないケースも指摘されているが、サービスを不可欠とする高齢者が利用できず、却って自立度を減ずることは、重度化を招く要因にもなる。必要なサービスが制限されることがないよう、個々のケースについて、より適切なケアアセスメントが可能な手法の開発やシステム整備、認定区分の再検討が必要とされよう。

次に、施設の居住費・食費が自己負担化されたことによる影響である。全国的な調査は行なわれていないが、厚生労働省による二四県四四市の調査結果では、「負担増」を理由に施設を退所した人が、全国で少なくとも千人程度いるとされている。⁽⁹⁷⁾ 同省は、低所得者には配慮した施策がとられており、それ以外の所得層の退所者が大半であったとみているが、より詳細な実態調査に基づいた、ポーターライン層等に利用抑制が生じないようなきめ細かな施策が必要とされよう。

第三に、今回の改正では、医療と介護の連携が強化されるとともに、二〇〇六年医療制度改革における療養病床の再編の中で、機能分担が意図された。療養病床の再編は、介護保険制度に大きな影響を及ぼす。即ち、療養病床のうち、医療の必要性の低い介護療養型病床（一三万床）は、平成二三年度末までに廃止することとされ、現在の全療養病床三八万床のうち、医療保険に残るのは一五万床、介護保険で受け皿を整備するのは二三万床とされている。廃止分は介護保険の介護施設、居宅系サービス又は在宅サービスで受け入れることとされた。⁽⁹⁸⁾ しかし、必要度が低いとはいえ医療も必要とする入院患者の行き場の確保は容易なことではなく、計画的に受け皿の整備を図っていく必要がある。

さて、今回の改正では、被保険者資格と給付要件のあり方に関する問題が検討されながら、今後の重要な課題として残されている。

現在、介護保険の被保険者は、第一号が六五歳以上の者、第二号が四〇歳から六五歳までの医療保険加入者であり、サービスが提供されるのは、前者は要介護・要支援状態になった時、後者は加齢に伴う疾病（政令で規定）になった時に限定されている。被保険者資格を拡大するか否かは、法制定当時からの大きな論点であり、施行五年後の見直しの目的の一つでもあった。今回の改正に当たって、制度の持続可能性の観点から、被保険者を拡大すべきという積極的な意見がある一方、若年障害者も介護保険の適用になることから、障害者福祉の観点から、次のような反対意見が出された。⁽⁸¹⁾ 障害者福祉は社会参加や就労支援等を含みより大きな枠組みで進められるべきもので、介護保険の枠組みの中で、従来と同様なサービスが受けられるのか、また、一割の自己負担が可能かなどの問題が指摘された。また、負担増に対する若年者の理解が得られるかという疑問も出された。結局、二〇〇五年改正では、被保険者の範囲には手が付けられずに、改正法附則に、「被保険者と保険給付の受けられる者の範囲は平成二一年を目的に所要の措置を講ずる」と規定され、障害者福祉との統合問題を含め今後の大きな検討課題となっている。⁽⁸¹⁾

二 欧州諸国の介護保障政策の展開

一章では、わが国の介護保険法改正の内容とその論点を見てきたが、一九九〇年代から、わが国が高

年齢の介護保障のあり方を検討するに当たり、政策が検討され、議論されてきたドイツ、イギリス、北欧諸国の介護政策について、わが国の介護保障政策の課題となっている点に焦点を絞りつつ概観し、新たな政策動向や共通する課題の抽出を試みたい。

1 介護保障制度の類型

先進諸国の介護保障制度を類型化するには、それが国の社会保障・福祉制度の重要な構成要素であることから、福祉国家論と結びついた手法があるが、ここでは、しばしば用いられる財政のあり方による類型化を一瞥する。介護保障の財源のあり方によって、公費によるサービス提供型と社会保険型に大別される。前者は、税を財源としたサービス提供方式であり、スウェーデン、デンマークなどの北欧諸国、イギリス等がこの方式をとっている。また、後者は、ドイツ、オランダ等の例がある。その他に、米国のように、伝統的に民間保険・民間サービスへの依存度が高い型もある。また、フランスは、二〇〇二年に税財源による普遍的な介護保障として、「個人自立手当」を創設し、介護給付を現物給付の形で支給する方式を採った（税財源による個人手当型）。介護保障の類型は多様化しているといえよう。

2 ドイツ 介護保険の先行事例

ドイツの介護保険制度は、わが国への介護保険導入に当たって、先行事例として多くの研究者により紹介され、検討された。ここでは、ドイツ介護保険法とわが国の介護保険法との相違に焦点を絞り紹介し、また、近年における質保障のための政策の展開を概観する。⁽¹²⁾

介護保険法の特徴 介護保険法は、一九九四年に第五の社会保険として成立し、一九九五年に在宅サービスが、一九九六年に施設サービスが開始された。その特徴は、以下の点にある。第一に、被保険者及び被扶養者は受給要件を満たせば保険給付を受けることができ、年齢制限は無い。第二に、在宅介護優先の原則が謳われ、家族等による介護を優先的に支援する旨が法律上、規定されている(法三條)。これを受けて、保険給付の優先順位として、まず在宅介護給付、次に部分的施設介護(通所介護、短期入所)、最後に入所施設介護を位置づけている。第三に、現物給付の他に現金給付があり、要介護者は、自ら確保した介護援助(家族等による)に対する給付として介護手当を受給できる。在宅給付として、現物給付又は現金給付の選択が可能であり、あるいは組み合わせて受給することもできる。第四に、家族等介護者に、各種の保障が行なわれていることである。現金給付が支給されること、休暇は四週間が保障されること(代替介護に関する費用を介護保険が引き受け現物給付として支給)、介護中の事故は労災給付の対象になること、公的年金の保険料負担などの社会保障上の優遇措置が講じられていることなどである。わが国の介護保険法と比較して、特筆される点である。

介護の質の確保 近年においては、民間事業者の増大等を背景に、介護の質の保障が課題となり(高齢者の虐待防止等)、二〇〇一年に二つの法律が制定され、二〇〇二年から施行された。⁽²⁷⁾

一つは、「ホーム法」(Heimgesetz)の改正であり、施設契約の透明性を高めること、施設運営に入所者が参画するホーム協議会への家族等の参画を可能にすること、監督当局の監査の強化(事前通告無しの立入監査権の付与等)を内容とする。

二つ目は、「介護の質の確保法」(Pflegequalitätssicherungsgesetz)であり、自己評価、検査機

関等による質の定期的検査の導入、適切なサービス提供のために州レベルでの人員基準取り決めの導入、利用者保護の強化（在宅分野における介護教育実施義務の強化等）、疾病金庫とホーム当局的協力関係を改善し、ホーム監査への協力の強化、などを規定したものである。

また、不十分であった認知症高齢者に対する支援を行なうため、二〇〇一年に「介護給付補完法」が制定され、二〇〇二年から施行された。デイケア、夜間ケア、短期入所等に関し追加的な給付を行い、また、相談事業を拡大することなどを内容とする。

3 イギリス コミュニティケア政策の展開

イギリスでは、一九九〇年に「NHS及びコミュニティケア法」が制定され、コミュニティケアの抜本的とも言える改革が行なわれた。遡る一九六〇代末からコミュニティケア促進が謳われ、施設及び在宅サービスにおいて、また住宅政策の分野においても、高齢者ケアの多様な施策がとられ、ケアシステムが形成されてきた。ここでは、一九七〇年代以降の高齢者ケアシステムの形成、一九九〇年改革、またブレア政権下の諸改革について、その展開を概観し、特徴を考察する。

(1) 高齢者ケアシステムの形成 シーボーム報告から一九八〇年代の動向

コミュニティケア政策の推進 一九七〇年代以降の高齢者福祉・医療政策の基調は、高齢者が可能な限り地域においてノーマルな生活を営めるよう保障する政策、即ち、コミュニティケア政策の推進であった。

社会福祉の分野において転機となったのは、一九六八年に出されたシーボーム報告である。同書は、

ニーズに対応した各種対人社会サービスの統合化等の前提として、多様な社会的資源を包含したコミュニケーションケア政策を打ち出した⁽³³⁾。一九七〇年代後半の、キャラハン労働党政権の下では、厳しい財政事情の下、「高齢者ができるだけ長くコミュニティで健康を保ち生活できるよう援助する」方針が示された⁽³⁴⁾。一九七九年三月に誕生したサッチャー政権は、八一年三月、初めて高齢者白書「高齢期に向けて」を出したが、コミュニティケアに関する基本方針が明確に提示された。即ち、「コミュニティにおけるケア (care in the community) とは、次第にコミュニティによるケア (care by the community) を意味しなければならない⁽³⁵⁾」とし、私的なケア、ボランティアなケアと自助の方向を強く打出す一方、政府及び地方自治体の責任は後退していることが特徴である。

在宅ケアシステム（福祉・保健医療サービス）の展開 サッチャー政権による長期入院病床及び公的老人ホームの定員抑制策の下、在宅ケア政策が促進され、次のような新たな動向が見られた⁽³⁶⁾。第一に、ホームヘルプサービスでは、対人ケア要素が増大し、また、認知症高齢者のケアのニーズが増して、サービスが高密度化した。第二に、併行して、訪問看護分野でも、密度の高いケアの提供体制が普遍化し、多くの地域で、二四時間をカバーする週七日の看護体制が実施された。訪問看護の拡充の基礎には、家庭医との連携方式の改革、一般医（家庭医⁽³⁷⁾）のグループ診療の進展などの要因がある。第三に、デイセンター及びデイホスピタル（病院と在宅の中間的な施設でありリハビリ等を行なう）が拡大し、ショートステイの拡充も図られた。

施設サービスの変容と「ケアの質」改革 一九八四年には、急増する私立・ボランティア団体の老人ホームの質を保障するために、「登録ホーム法」及び関連規則、「実践綱領」等が制定され、施設の物

理的な基準とともに、新たに、ケア及びホーム運営に関わる「ケアの質」に関する規定が設けられた⁽³⁸⁾。施設では「個室化」が目指され、また、ショートステイやデイケアセンターを併設する施設が増え、施設の社会化が進展した。一方、八〇年代に、入所施設の民営化が進展されたことにより、私立老人ホーム等の貧困入所者への補足給付（公的扶助）給付額の急増、私立ホーム等における、入所者の資力によるサービスレベルの「二層システム化」などの問題が生じた。⁽³⁹⁾

保護住宅の発展 イギリスの特徴の一つに、高齢者のための保護住宅（sheltered housing, warden（管理人）がいる集合住宅）が早い段階から発達した点が挙げられる。一九六二年に、P・タウンゼントがその著『最後の避難所⁽⁴⁰⁾』で、大規模な劣悪な環境の老人ホームの問題点を指摘し、保護住宅の大量建設を主張したことが端緒となり、七〇年代には、保護住宅が飛躍的に増大した。また、八〇年代には、高密度のケアを提供する高度保護住宅（ケア付き住宅）も建設され始めた。

（2）一九九〇年コミュニティケア改革の意味

一九九〇年に、より効果的なコミュニティケアを目指し、その抜本的改革を定めた「NHS及びコミュニティケア法」が制定され、一九九三年に施行された。自治体によるケアアクセスメントの実施及びケアマネジメントの強化、財源を自治体に集約することによる自治体の運営責任の明確化、福祉と保健医療との連携強化、自治体によるコミュニティケア計画の策定、自治体内組織のケアの直接提供部門と民間のケア購入部門との分離、民間のサービス購入の促進、ケアの監査体制の強化、などを目指したものである。⁽⁴¹⁾ この改革により、在宅サービスにおいて、供給主体が多元化され、民間事業者が急増し、地方自治体は、ケアの「提供主体」(provider)であるより、「条件整備主体」(enabler)とし

ての機能が強まった。

一九九〇年改革について、施設ケアが適切な在宅ケアに代替され得たが、供給主体の競合が効率化に結びついたか、などの論点が指摘されている。⁽²⁸⁾

(3) プレア政権下の政策の展開

サービスの質保障のための政策 施設・在宅サービスとも、民間事業者の参入が急増したことを背景に、プレア政権下では、ケアサービスの質の保障を目的とした改革が積極的に行なわれた。二〇〇〇年には、「ケア基準法」が制定され、全ての施設・事業者の一元的登録・監査を行う全国ケア基準委員会を創設し、監査を強化、各サービスの全国最低基準の策定、ケア従事者の一元的登録・研修を行なう全国ケア従事者協議会を設置し、研修を強化、ケア従事者の行為規範の策定、等が規定された。⁽²⁹⁾ 二〇〇二年には、更に、ケアサービスの監査体制を改革し、監査の強化を目的とした「保健医療及び社会的ケア法」が制定された。⁽³⁰⁾ 全国ケア基準委員会に代えて社会的ケア監査委員会を創設し、個々の施設・事業所の監査に加え、地方自治体の社会サービスも監査対象にする強力な権限を付与した。

地方自治体が、提供主体から条件整備主体へと機能変化した下で、その変化に対応して「質の保障」のための政策がとられてきたことは注目される。一方で、質の向上が求められ収益性が減少したことにより民間施設の閉鎖等の問題が生じている。委託費が低いことなどの問題が指摘されており、過度の民営化に対する批判も根強くある。

家族介護者への支援 イギリスでは、保守党・労働党政権を問わず、在宅ケアにおける家族介護者の重要性が認識され、多様な支援策がとられてきた。⁽³¹⁾ 既に、現金給付としての介護手当の支給、年金

保険料抛出の優遇措置が講じられてきたが、ブレア政権の下で、「介護者及び障害児法」(二〇〇〇年)が制定され、介護者独自のアクセスメントを受けける権利、サービシに代わるダイレクトペイメント(現金直接給付)の支給、短期休暇のためのパウチャー制度の導入などが規定された。また、一九九九年に介護休暇制度が導入された(ただし、法規上は期間の定めがない)。

一方、一九九〇年コミュニティケア改革による公費の節減、施設ケアからコミュニティケアへの移行が、高齢者と介護する家族に犠牲をもたらしたという批判もあり、一九九〇年改革の論点として留意したい。

医療と福祉の関係 政権発足直後に設置された「高齢者の長期介護に関する王立委員会」は、一九九九年の報告書⁽³⁷⁾で、入所施設の費用負担のあり方について、看護ケアと対人ケアの無料化を提案した。政府は、このうち、看護ケアのみを、二〇〇一年一〇月から無料化した。

また、社会的入院がなかなか減少しない状況に鑑み、「コミュニティケア(退院遅延)法」(二〇〇三年)が制定され、NHS病院⁽³⁸⁾からの退院の遅れが自治体のケアサービスの受け皿不足から生じている場合には、遅延のために生ずる費用を自治体が補償することとされた。

ダイレクトペイメントの拡大 一九九六年の「コミュニティケア(ダイレクトペイメント)法」により、障害者に対するダイレクトペイメントが導入され、利用者自らがサービスの購入・管理を行なう制度が導入されたが、二〇〇〇年に、この制度が高齢者にも拡大された。しかし、高齢者には手続きが複雑などの点から、普及は進んでいない。

4 スウェーデン 先進的政策の先駆国

社会サービス法（一九八一年）の原則 スウェーデンでは、介護に關しても、先進的な政策が実施されてきた。⁽⁶²⁾一九八一年に制定された社会サービス法では、その原則として、自己決定、ノーマライゼーション、選択の自由、総合的視点、継続性、柔軟性、近接性、人格の尊重、積極的活動、参加が謳われており、これらに沿った政策が展開されてきた。

一九六〇年代から八〇年代の動向 これを遡る一九六〇年代には、施設ケアが重視されていたが、七〇年代には、ノーマライゼーションの思想の下で政策が展開された。在宅ケアが重視され、ホームヘルプサービスが拡充され、また、老人ホームでは「個室化」の動きが見られると同時に、サービスハウス（ケア付きアパート）が整備された。八〇年代には、在宅サービスの質的な発展が見られ、二四時間サービスや、認知症高齢者のケアなどが普及した。

エーデル改革の意義 一九九二年に実施されたエーデル改革は、保健医療と福祉の連携強化が改革の主要目的の一つであり、介護のあり方に多大な影響を与えた。⁽⁶³⁾第一に、長期療養施設・訪問看護・プライマリケアがランステイング（広域的自治体、県に相当）からコミュニティ（基礎的自治体、市町村に相当）へ移管されたことにより、コミュニティは高齢者の福祉と医療を一体的に提供することが可能になった。第二に、医療措置が終わった患者に対しては入院費をコミュニティが負担することになり、長期入院（いわゆる社会的入院）の抑制が図られた。第三に、認知症高齢者等のためのグループホームが新設された。第四に、老人ホーム・サービスハウス・ナーシングホーム（長期療養施設）・グループハウスが、施設ではなく、「特別な住居形態」として統合化され、「特別住居」として位置づけられた。⁽⁶⁴⁾

施設の住宅化 エーデル改革により、各種高齢者施設が「特別住居」として一本化されたことにより、九〇年代には、「施設」の「住宅化」が進行した。「施設」から「住まい」「住宅」への実質的な転換を意味し、ケア思想のパラダイム転換(註)ともいふべき重要な動きである。

介護の質確保のための「サラ法」(通称)の制定 スウェーデンにおいても、一部に民営化の動きが見られ、不適切なケアなどの問題が生じた。社会サービス法が改正され、介護担当職員は不適切なケアについて市の社会福祉委員会へ報告する義務を負う旨の規定が設けられた(註)。

5 デンマーク ノーマライゼーション理念の実現

基本理念 福祉の基本的理念ともいえるノーマライゼーションは、一九五〇年代、デンマークにおいて、障害児の親が入所施設の改善を求めて運動を行なった中で、生み出されたものであり、デンマークの福祉の基本原理となっている。

一九八二年に出された政府の高齢者政策委員会の高齢者福祉三原則では、生活の継続性の尊重、高齢者の自己決定の尊重、「自助を支援する」原則が謳われており、高齢者福祉は、この原則に沿って展開されてきた(註)。

生活支援法(一九七四年)の意義 一九六四年に高齢者福祉が法定化され、ナーシングホーム(plejehjem・わが国の特別養護老人ホームに相当)が増設され、ホームヘルプサービスが発展した。一九七四年に制定された生活支援法は、社会福祉及び訪問看護の権限をコムーネ(市町村)に付与し、これにより、在宅ケアにおける福祉と看護の連携が強化された。また、七〇年代初頭における障害者施

策の脱施設化の動きを背景に、七〇年代には、「生活の場」としての老人施設が目指され、個室化等の居住環境が整備された。

施設の新設禁止に伴う「高齢者住宅」の供給と在宅サービスの進展 一九八七年の生活支援法改正及び高齢者住宅法の制定により、「施設の新設の禁止」とともに、ナースングホーム、保護住宅等に代わる新しいタイプの「高齢者住宅の供給」が規定された。既存の施設はそのまま運営を継続することも、高齢者住宅へ転用することも可能であった。高齢者住宅には、専用のトイレ、バス、キッチンが付き、車椅子対応であり、共用の設備・スペースを有する。併行して、八〇年代には、在宅サービスが発展し、二四時間の在宅介護・訪問看護、デイセンター、補助器具サービス、配食等が拡充された。

高齢者住宅、介護型住宅の増設 九〇年代には、高齢者住宅が増設され、また、「高齢者住宅法」改正により、一九九六年から介護型住宅が導入された。介護度の高い高齢者の居住の場の確保を目的としており、高齢者住宅に、介護職員が配置された「サービス施設」を付設した住宅といえる。

統合的な「居住形態」と統合ケア 一九九七年に制定された社会サービス法により、既存の「施設」概念が廃止され、ナースングホーム、高齢者住宅などを、まとめて「居住形態」と称するようになった。施設と住宅の境界をなくしたといえ、どこに住んでも、ニーズに合ったケアの提供を保障することを目指したものである。また、多くの自治体では、介護・看護職員が、在宅と施設に分離してケアを提供するのではなく、統合的にケアを提供する体制が整備されている。

デンマークにおいても、スウェーデンと同様な、高齢者ケアのパラダイム転換が生じたといえよう。新たな福祉理念の特徴 九七年の社会サービス法は、社会支援法の原則を引き継ぐものであるが、次

のような特徴が見られる。個人の責任の強調、予防的施策の重視、コムーネ・アムト（県）に非営利組織との協力関係を義務化する、などである。

三 欧州諸国の介護保障政策からわが国への示唆

二章では欧州四カ国の介護政策の展開を一瞥した。そこから抽出されるそれぞれの国の発展段階の特徴や共通する政策動向から、わが国の介護保障政策のあり方へ示唆する点を考察したい。

1 「生活の場」としての施設から「住宅」への潮流

スウェーデン、デンマークでは、一九九〇年代に、「生活の場」としての施設改革を超えて、「施設」概念が「住宅」概念に統一され、老人ホーム、保護住宅などが「住宅」として一本化された。イギリスでは、施設は八〇年代から「生活の場」としての改革が進められ、機能の社会化が進行しているが、併行して、保護住宅・重度保護住宅が発達している。

わが国では、上記諸国に比して、「生活の場」としての施設改革、また、高齢者のための住宅政策が大きく遅れをとってきたが、二〇〇五年改正では、施設の生活・療養環境の改善が図られるとともに、「居住系サービス」の拡充が目指さされている。ケアハウス等の特定施設の対象が拡大され、また、特定施設のサービス提供形態が多様化（外部サービスの利用等）された。今後の介護保障のあり方を展望すれば、「在宅か施設か」の二つのサービス体系を超え、スウェーデン、デンマークの改革がそうであっ

たように、「介護」を備えた「住居」という視点が必要といえよう。⁽⁹⁷⁾ わが国の現在の介護保障システムは北欧諸国とは発展段階が異なるが、二〇〇五年改正はこのような方向性を内包したものといえ、「居住系サービス」の一層の進展が期待される。同時に、低所得者層の利用抑制が生じないような費用負担への対応が必要である。

2 ノーマライゼーションと「施設から地域へ」の前提条件

「地域における介護」の重視は、ノーマライゼーションの思想の下、一九七〇年代から上記諸国に共通して見られた動きである。その延長上に、1に述べた北欧諸国における施設の住宅化という画期的なケア思想の転換があるが、在宅でも施設と同様の介護力が保障される発展段階にあることが基盤になっているといえよう。イギリスでは、在宅ケアが重視されつつ、入所施設と保護住宅が併存している段階であるが、「長期入院・施設入所から地域へ」の政策をとるに当たっては、八〇年代から、在宅介護においても二四時間介護・看護を含む各種サービスを受けられる体制が整備されてきた。

わが国の介護保険でも、「在宅生活の重視」がその理念になっているが、現在でも家族介護への依存度が高く、在宅介護の需要と供給の間には、大きなギャップがある。要介護者の重度化や家族形態の変化等により、介護施設へのニーズが高く待機者も増加している。上記諸国の経験からも、普遍的な二四時間サービスの未整備など、在宅サービスが十分でない段階では、介護のハードとソフトが集約された場である施設が一定数あることが不可欠である。⁽⁹⁸⁾ また、「在宅生活の重視」を実体化するためには、在宅でも、施設の介護力と大きく変わらない介護体制が整備されることが前提条件となることに留意したい。

3 介護の質の保障

公的部門によるサービスが主体であったイギリス、スウェーデン等でも、その程度は異なるが、提供主体の多様化が図られている。民営化の下では、そのサービスの質確保のための政策が不可欠であり、各国で対応策がとられている。高齢者の人権保障の観点から、提供主体や介護の場の如何にかかわらず、虐待防止にも関わる重要な問題である。わが国でも、二〇〇五年改正の主要な柱であり、施設的生活・療養環境の改善や介護従事者の専門性の向上等を含む多岐に亘る改革が行なわれ、確実に実施されることが期待される。加えて、介護従事者の労働条件の向上にも重点を置いていく必要がある。

4 家族等介護者の位置付けと支援策のあり方

ドイツ、イギリスでは、家族等介護者を法律上、明確に位置づけ、多様な保障・支援策を行なっている。しかし、家族等介護についてはジェンダーの視点からの批判や過重な負担になっているなどの指摘がある。

わが国においても、「介護の社会化」を謳いながら、過重な介護を担っている家族介護者が多いことが、政府統計でも明らかにされている⁽⁴⁶⁾。数多く報道されている介護殺人や介護心中などは介護の過酷さが社会問題として顕在化したものといえる⁽⁴⁵⁾。わが国の家族介護者が、ドイツ、イギリス等と異なるのは、実際には在宅介護において重要な役割を担っているながら、法律上、明確に位置づけられておらず、十分な支援策がとられていないことである⁽⁴⁷⁾。理論的には、公的介護が介護需要に対応して提供されれば、家族介護の必要性は無くなるが、現実には、介護の需要と供給の差を埋める役割を担っているのである。

したがって、家族介護者の負担を減少させるためには、まず、利用可能な介護サービスの基盤整備が第一義である。⁽⁵²⁾ 第二には、介護に携わるか否かの選択の自由の保障、介護者が心身ともに介護を担える状態にあることを条件とし、家族がそれを選択した場合には、家族介護を過重で閉塞的な疎外されたケアワークとしないための総合的な施策を保障することが必要である。

5 福祉と医療の連携 在宅介護の条件

在宅介護では、特に重度の場合、福祉と医療が連携して提供されることが不可欠である。スウェーデン・デンマークでは、市町村が、福祉と訪問看護の双方を提供する権限を有しており、チームでの連携が可能で体制が整備されている。イギリスも含め、これら諸国では、家庭医が制度化されており、医療のプライマリー・ケア・システムが整備されていることがその基盤ともなっている。わが国でも、介護報酬改定で、在宅診療支援診療所の報酬が大幅に改善されるなどの施策がとられているが、今後、家庭医をどうシステム化するかが、連携が効果的に機能するかどうかの重要な要素となろう。

6 民間非営利団体・ボランティアの存在意義

キリスト教の伝統がある欧州諸国においては、民間非営利団体やボランティアが、介護の分野においても重要な役割を担っている。ただし、その位置づけ、役割、公的サービスとの関係については国により相違が見られる。民間非営利団体は、社会サービスの供給の他に、新たなサービスの「パイオニア」、政府への「圧力」、「広告」機能、国民の「参加」、「情報提供」⁽⁵³⁾などの多様な機能を持つ。また、ボラン

ティアの存在は、地域や施設の介護力の重要な要素となる。わが国では、公的サービスとの関係を明確にする必要があるが、今後も開拓の余地が十分あり、積極的な活動が期待される分野といえよう。

おわりに

以上見たように、上記諸国の介護保障システムは、それぞれ異なる社会的・経済的・政治的背景を持ち、発展段階や形態も異なりながら、共通の政策動向や課題を見出すことができる。政策理念には、ノーマライゼーション、自己決定の尊重、生活の継続性、自立の支援等が挙げられ、ほぼ同様な発展の方向を目指している。それらは、わが国の介護保障政策の理念と課題にも繋がっている。わが国は、高齢化の急速な進行、緊縮財政の下で、二〇〇五年改正で生じた課題を含め多くの課題をかかえているが、介護保険制度の趣旨と実態との乖離を埋め、その理念を実体化するためには、更なる改革が必要とされている。そのための政策選択に当たっては、これらの国に共通する課題や先駆的な経験は多くの示唆を提示しているといえよう。

註

- (1) 国連の定義では、高齢化率（六五歳以上人口の割合）が七%を超えると「高齢化社会」、一四%以上を「高齢社会」という。わが国が七%超えたのは一九七〇年、一四%以上になったのは一九九四年であり、倍化年数はわずか二四年である。一方、ドイツは四〇年、イギリスは四七年、スウェーデン八五年、フランスに至っては一一五年を要しており、わが国

- の高齢化がいかに急速であるかを示している。
- (2) 高齢者介護保障のあり方の検討過程における、高齢者介護・自立支援システム研究会、老人保健福祉審議会等の報告でこのような目的が謳われ、介護保険法第一条、第二条に規定されている。介護保険法に関する包括的な解説書としては、増田雅暢(新版)「わかりやすい介護保険法」有斐閣、二〇〇〇、また、論点・課題等も含むものとして、佐藤進・河野正輝編『介護保険法』法律文化社、一九九七、日本社会保障法学会編『講座 社会保障法第四巻 医療保障法・介護保障法』(第二部 介護保障法) 法律文化社、二〇〇二など。
- (3) 認定者数、利用者数は、厚生労働省『介護保険事業状況報告』(平成一七年四月)による。
- (4) 厚生労働省の調査(二〇〇六年三月)によれば、二〇〇六年三月の待機者は三八万五五〇〇人であり、二〇〇四年一月の三四万人より更に増加している。
- (5) 厚生労働省『平成一六年度介護保険事業状況報告』。
- (6) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>)。
- (7) 同報告書では、改正前のため、「認知症」ではなく「痴呆ケア」の用語を用いている。
- (8) 包括的な概要を示すものとして、「介護保険法等の一部を改正する法律案要綱」(第一六二回国会平成一七年二月八日提出)、厚生労働省『介護保険制度改革の概要——介護保険法改正と介護報酬改訂』二〇〇六、藤井賢一郎監『介護保険制度とは——制度を理解するために(二〇〇六年度施行の法改正に対応)』東京都社会福祉協議会、二〇〇六、宮武剛『介護保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる』保険同人社、二〇〇六など。
- (9) 厚生労働省の試算によれば、単身の要介護5の高齢者の実質的な自己負担額は、在宅サービスを受ける場合は約一〇・四万円、特別養護老人ホーム入所の場合は約五・六万円である(「持続可能な介護保険制度の構造(参考資料)」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>)。
- (10) 詳細は、岩間大和子「介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開と課題——監査、第三者評価及び情報開示を中心に——」『レファレンス』六五二号、二〇〇五・四、二二—二六頁。
- (11) 宮武 前掲書(注(8))七二頁。
- (12) 「サービス利用を制限する医療・介護改革の過酷——法改正でこんなことに」『週刊東洋経済』六〇三号、二〇〇六・五・

- 二七、「介護保険法改正三か月」「予防重視」の明暗』『読売新聞』二〇〇六・七・二、「訪問ヘルパーが来ない!」(上・中・下)、『産経新聞』二〇〇六・一〇・九、一一、一二、「朝日新聞』二〇〇六・七・三(「声」欄)など。
- (13) また、そもそも予防給付のあり方について、「介護を要する状態にしない」ためのサービスは医療分野のものであって、「介護を要する状態を重度化させない」ためのサービスこそ「介護リハビリ」が担当するものであるとし、介護保険本来のサービスを展開させるべきとの見解がある(藤田伍一「改正介護保険の論点」『週刊社会保障』二四二二号、二〇〇六・一一・一八)。
- (14) 「サービス利用を制限する医療・介護改革の過酷」法改正でこんなことに」前掲記事(注(12))。
- (15) 池田省三「軽度者への不要な給付をやめ中重度・認知症への重点化を図れ」『週刊東洋経済』六〇二二号、二〇〇六・五・二七。
- (16) 「介護施設、「負担増」で一〇〇〇人退所」『読売新聞』二〇〇六・九・一。なお、同記事によれば、二四県四四市区町村からの回答による退所者数は二二六七人であるが、厚生労働省は、具体的状況の調査から、「問題はほとんどない」と分析している。
- (17) 「介護療養病床は老健施設等に転換」『週刊社会保障』二二七九号、二〇〇六・四・二四。
- (18) 被保険者・受給者の範囲の拡大の是非に関する見解については、稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」『ジュリスト』二二八二号、二〇〇五・一・一一五、八九九〇頁を参照。
- (19) 以上に述べた今回の改正内容に直接関わる論点の他に、地域格差の問題がある。保険料、介護給付費の格差の他に、大都市圏には多くの事業者が存在し、サービスの選択肢も多いが、過疎地帯等では、事業者数も限られ、選択の余地が無いところも多いという地域格差がある。重要な課題であることを確認しておきたい。
- (20) 制定時のドイツの介護保険全般については、土田武史「ドイツにおける介護保険制度」『諸外国の介護・看護休暇制度(財) 婦人少年教会』一九九五、本沢巳代子「公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ」『日本評論者』一九九六が詳しい。
- (21) 土田 前掲論文(注(20))、本沢 前掲論文(注(20))、健康保険組合連合会「ドイツ介護保険法 概要・法文」健康保険組合連合会、一九九四を参照。
- (22) 中村博治「第一章ドイツ」『世界の介護事情』中央法規、二〇〇二、三九四一頁、小山秀夫「介護保険サービスの技術マネジメント(一) ドイツにおける介護の質確保の現状」『介護保険』八巻八四号、二〇〇三・二。

- (23) *Report of the Committee on Local Authorities and Allied Personal Services* (Chairman F. Seeborn), Cmnd, 3703, 1968, paras. 337-338.
- (24) *Dep. of Social Security (DSS), Priorities for Health and Personal Social Services in England*, HMSO, 1976, chap. 5. また 'DSS, *A Happier Old Age — A discussion document on elderly people in our society*, HMSO, 1978, p. 4でも、同様な方針が示された。
- (25) DSS, *Scottish Office, Welsh Office, Northern Ireland Office, Caring Older*, Cmnd, 8173, 1971, pp. iii, 4.
- (26) 岩間大和子「イギリスの高齢者医療・福祉の諸問題 — ケアシステムの構造と八〇年代における変容」『レファレンス』四七〇号、一九九〇・三、四三—五七頁。
- (27) イギリスの医療保障制度は、NHS (National Health Service) と称される国営医療制度であり、社会保険方式ではなく、税によるサービス提供方式をとっている。一般医 (general practitioner) に、全ての住民が登録されており、家庭医の役割を果たしている。
- (28) 詳細は、河野正輝「イギリスにおける福祉サービスの基準と登録制 — 老人福祉を中心に」『岡山大学法学会雑誌』三六巻三・四号、一九八七、岩間大和子「イギリスにおける老人ホームの諸基準 — 一九八四年改革とその成果」『レファレンス』四四四号、一九八八・一。
- (29) 岩間、前掲論文(注(26))、五七—六七頁。
- (30) P. Townsend, *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul, 1962.
- (31) 概説書として、Barbara Mededith, *The Community Care, Age Concern England*, 1993. (邦訳、ハーバラ・メレディ著、杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳『コミュニティケアハンドブック — 利用者主体の英国福祉サービスの展開』シネルヴァ書房、一九九七) などがある。
- (32) OECD (Patrick Hennessy ed.), *Caring for Frail Elderly People — Policies in evolution* (Social Policy No. 19) (Chap. 13 United Kingdom), OECD, 1996, pp. 177-194.
- (33) 岩間大和子「イギリスにおけるケアサービスの質向上のための政策 — ケア基準法 (二〇〇〇年) 制定と高齢者ケア」『レファレンス』六二三号、二〇〇二・二。
- (34) 岩間大和子「イギリスにおける介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開 — 二〇〇〇年、二〇〇三年の監査シス

- テムの改革の意義」『レファレンス』六五七号、二〇〇五・一〇。
- (35) 岩間大和子「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援―日英における政策の展開及び国際比較の視点―」『レファレンス』六二四号、二〇〇三・一、二〇一―三五頁。
- (36) OECD, *op. cit.* (32).
- (37) Royal Commission on Long Term Care (Chairman: Sir Steward Sutherland, *With Respect to the Old Age: Long Term Care—Right and Responsibilities*, 1999.
- (38) 注(27)参照。病院は、一部の私費診療の病院を除き、全てNHS病院である。
- (39) スウェーデンの全般的な動向については、井上誠一「スウェーデンの高齢者ケア最新事情」『週刊社会保障』二〇〇一―二〇四六号、一九九六・七・一七、一八、訓覇法子「II高齢者―ノーマライゼーションの積極化―」仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉六デンマーク・ノルウェー』旬報社、一九九八、平山卓「諸外国における看護と介護の連携―スウェーデン―介護政策の実験室、経験と知識の宝庫①②」『コミュニティケア』五、六号、二〇〇〇・五、六、George Giacinto Giarchi, *Caring for Older European—Comparative studies in 29 countries* (Part 1, 4 Sweden), Arena, 1997, pp. 75-90.
- (40) 上記の他、多田葉子「医療・福祉の融合―スウェーデン・エーデル改革の試み」『社会保障旬報』一九六六号、一九九七・一一・二二。
- (41) 障害者施設については、一九九七年に「特別病院・入所施設解体法」が制定されている(河東田博他編『ヨーロッパにおける施設解体―スウェーデン・英・独と日本の現状』現代書館、二〇〇二、一六一―三九頁)。
- (42) 訓覇 前掲論文(注(39))、七四頁。
- (43) 古橋エツ子「高齢者虐待の実態と法的対応の課題」『法政論叢』四二巻二号、三〇〇―三〇一頁。同法の制定は、准看護師サラ・ヴェグナーが、民営ナースィング・ホーム入所者への介護スタッフのケアの問題点を告発したことが契機になったため、通称サラ法と呼ばれる。
- (44) デンマークの全般的な動向については、石黒暢「II高齢者福祉」仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉六デンマーク・ノルウェー』旬報社、一九九六、OECD, *op. cit.* (32) (Chap. 8 Denmark), pp. 121-130; George Giacinto Giarchi, *op. cit.* (39) (Part 1, 5 Denmark), pp. 91-104.

- (45) 施設から住宅への動向の実態については、松岡洋子『老人ホームを超えて——21世紀デンマーク高齢者福祉レポート』かもがわ出版、二〇〇一、同『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論、二〇〇五に詳しい。
- (46) 池田省三「第八章 介護保険」堀勝洋編『社会保障読本（第三版）』東洋経済新報社、二〇〇四では、「在宅・施設サービス二原論からの脱却（二六五頁）」と指摘されている。また、同氏はこのような視点から、わが国の課題として、住宅を、ケア重装備型住宅（介護保険三施設）、ケア装備型共同住宅（ケアハウス等）、ケア外部利用型共同住宅（ホームヘルプセンター、レストランを併設）、ケア外部利用型個人住宅に四分類し、今後、の整備が求められるとし、利用者が家族形態や身体の変化に応じて、適切な住居へ住み替える形態を提案されている（二六六頁）。
- (47) 上記諸国の施設入所率は、九〇年代はじめの段階で高齢者人口の五％前後であったが（鬼崎信好他編著『世界の介護事情』中央法規出版、二〇〇二、二六〇—二六一頁）、わが国の場合は、介護保険三施設にグループホーム等を加えても、現在でも三・五％程度である。ただし、施設体系が異なる等の理由から、厳密な数字の比較は困難である。
- (48) 例えば、二〇〇五年二月二日に石川県のグループホームで、夜間、介護職員が入所者に火傷を負わせ、死亡させる事件が報道されたが、介護関係者からは、「二人夜勤体制」に無理があったのではないかとの指摘が多く見られた。また、賃金や健康面の不安等も指摘されている（「虐待・事故を引き起こす過酷な労働現場 ヘルパー、介護福祉士が足りない」『週刊東洋経済』六〇二頁、二〇〇六・五・二七頁）。
- (49) 厚生労働省大臣官房統計情報部『国民生活基礎調査』に、同居介護者の介護時間数等の統計が掲載されている。
- (50) 介護保険制度下の家族介護が担う諸問題については、長上深雪『社会福祉政策と家族』『法政論叢』四三巻一頁、二〇〇六、岩間 前掲論文（注（35）七、一一頁を参照）。
- (51) 詳細は、岩間 前掲論文（注（35）七、二〇頁、三七、四〇頁。また、宮武剛 前掲書（注（8））では、「家族介護を運営の前提条件にしながら、法律上はあいまいなまま乗り切れるのも実に日本的ではある」と述べている（六一頁）。
- (52) 重度者への居宅サービスの限度額の引上げ、特別養護老人ホーム・グループホームの増設等。しかし、居宅サービスについては現在でも、限度額まで利用していない利用者が見られることから、所得に鑑みた負担額への配慮が必要となる。
- (53) 武川正吾『福祉国家と市民社会 イギリスの高齢者福祉』『法律文化社』一九九二、九三—一一二頁。
- （本稿は、二〇〇六年一〇月二日に行われた、国士館大学日本政教研究所二〇〇六年秋期シンポジウム「今、介護のあり方を考える」における報告を、一部加筆修正したものである。）

プロフィール



岩間 大和子

前国立国会図書館調査及び立法考査局
専門調査員

略歴

- 一九六九年 早稲田大学第一政治経済学部政治学科卒業
- 一九七二年 国立国会図書館 入館（国立国会図書館上級職（社会科学））
- 一九八三年 同館 調査及び立法考査局 社会厚生課調査員
- 一九八三年 同課主査（～一九九一年）
- 一九八八年 同館 在外研究員（英国・北欧等で高齢者福祉・医療を調査・研究）
- 一九九二年 同館 同局 総合調整室主任調査員
- 一九九三年 同館 同局 政治議会課課長、法令議会資料課課長、調査連絡課課長を歴任（～二〇〇〇年）
- 二〇〇〇年 同館 同局 総合調整室主幹、法令議会資料調査室主幹を歴任（～二〇〇一年）
- 二〇〇二年 同館 同局 社会労働調査室主幹
- 二〇〇二年 同館 同局 社会労働調査室専門調査員（～二〇〇六年）
- 二〇〇六年 同館 退職

主要著作

- 『イギリスの社会保障』（共著）東京大学出版会、一九八七年
- 『世界の家族とコミュニティ』（共著）国際社会福祉協議会日本国委員会、一九八八年

- 『少子化・高齢化とその対策』（共著）国立国会図書館調査立法考査局、二〇〇五年
- 「イギリスの老人医療サービスの体系」『インターナショナル・ナーシング・レビュー』六巻二号、一九八三年
- 「イギリスにおける医療・福祉の連携」その政策の展開」『レファレンス』三五巻四号、一九八五年
- 「イギリスにおける老人ケアシステム」『老年医学』二四巻二号、一九八六年
- 『精神衛生法改正と今後の課題』調査と情報 ISSUE BRIEF、三七号、一九八七年
- 「労働災害給付改革の方向」一般社会保険給付との平準化へ（イギリス）」『日本労働協会雑誌』二八巻八号、一九八七年
- 「イギリスにおける老人ホームの諸基準」一九八四年改革とその成果」『レファレンス』三八巻一号、一九八八年
- 「イギリスの高齢者医療・福祉の諸問題」ケアシステムの構造と八〇年代における変容」『レファレンス』四〇巻三号、一九九〇年
- 「イギリスにおけるケアサービスの質向上のための政策」ケア基準法（二〇〇〇年）と高齢者ケア」『レファレンス』五二巻二号、二〇〇二年
- 「家族介護者の政策上の位置づけと公的支援」日英の政策の展開及び国際比較の視点」『レファレンス』五三巻一号、二〇〇三年
- 「諸外国の二階建て年金制度の構造と改革の動向」スウェーデン、イギリスの改革を中心に」『レファレンス』五四巻一号、二〇〇四年
- 「介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開」監査、第三者評価及び情報開示を中心に」『レファレンス』五五巻四号、二〇〇五年
- 「イギリスにおける介護・福祉の質保障のための政策の展開」二〇〇〇年、二〇〇三年監査システムの改革の意義」『レファレンス』五五巻一〇号、二〇〇五年