

# 介護保険法 10年、原点にもどって考える

大熊 由紀子

国際医療福祉大学大学院教授

## 9つの誤解

「介護」という名のついた日本初の国レベルの検討会が発足したのは、1989年の七夕の日のことでした。

発案したのは、その前年に旧厚生省事務次官になった吉原健二さんです。宅配便業者を装った男に刺されて夫人が重傷を負った、あの悲劇の方といえば、思い出す方も多いことでしょう。

吉原さんは老人保健法の策定にかかわり、初代の老人保健部長として実施の指揮をとりました。

83年、この分野を去る時、心残りなことがありました。そのことを、吉原さんは座談会<sup>1</sup>でこう述べています。

「医者も看護婦もあまりいなくて、過剰な注射や検査をして、やたらに儲けている老人病院をなくさないといけない」

吉原さんが、厚生省に介護対策検討会を設けたのは、このときの思いからでした。

「望まれているのは老人病院ではなく、在宅介護だと

気づいたのです。事務次官になったら介護に光をあてようと密かに決意していました」

その検討会で私は、「介護をめぐる9つの誤解」という資料を配りました。

- ①自分が倒れても、妻か息子のヨメが介護してくれるから大丈夫。（男性の政治家・男性の行政官・男性のジャーナリスト）
- ②食事に気をつけ、アタマを使い、体をマメに動かしているから「寝たきり老人」や「ぼけ老人」にはならない。（多くの日本人）
- ③在宅医療・在宅福祉は家庭介護が前提。（日本のお医者さん・日本の行政官）
- ④ホームヘルパーの勤務時間は昼の8時間でよい。（日本のこれまでの行政）
- ⑤うちの女房だってやっているのだから介護なんてだれでもできる。（労働省元事務次官）
- ⑥介護には、外人労働者を活用すればいい。なにしろ安い。（外務省高官）
- ⑦ボランティアを介護に活用すれば、費用面の問題を解決できる。（某財界人）
- ⑧日本人は家庭内に介護が入るのを好まない。（現場にウイ行政官）
- ⑨福祉先進国なみのヘルパーを揃えたら、財政的にとんでもないことになる。（心配症の行政官）

### おおくま ゆきこ

東京大学教養学科で科学史と科学哲学を専攻したのち朝日新聞社に。科学部次長を経て1984年、論説委員。医療、福祉、科学分野の社説を17年間、担当。大阪大学大学院教授（ソーシャルサービス論）などを経て、現職。福祉と医療・現場と政策をつなぐ志の縁結び係&小間使いを名乗る。

著書に、『寝たきり老人』のいる国いない国』『恋するようにボランティアを』『福祉が変わる医療が変わる』（いずれも、ぶどう社）などがある。

20年も前のこの配布資料をもちだしたのには、訳があります。このような誤解は、今も、ゾンビのように蘇っては、介護保険の質を台無しにしているからです。



写真①日本の老人病院で5点拘束



写真②スウェーデンのグループホームで

## どこでもいつでも、質の良い24時間サービス

半年間に9回の論議を重ねたこの検討会の報告書は40ページの冊子に纏め上げられました。89年12月14日に公表された報告書<sup>2</sup>は、当時の与党の政策に反逆するものでした。抜き書きしてみます。

- ①介護にあたる家族が負担だけ感じ、要介護者も遠慮と不満ばかりが先行するような家族介護は双方にとって不幸である。
- ②「在宅サービスなしにお互いに無理を重ねる家族介護」から「在宅サービスを適切に活用する介護」への発想の転換が重要だ。
- ③どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できるサービスを、気軽に受けることができる体制をめざすべきである。
- ④要介護者の自立を助け、生活の質を高めるようなサービス内容をめざすべきである。そのためには、福祉機器、住環境、まちづくりの整備も不可欠である。
- ⑤住民に身近な市町村を中心に施策を展開すべきである。
- ⑥財源、制度については、公費、社会保険料、双方の組み合わせのいずれにするか検討をすすめる、国民の合意形成につとめるべきである。

「どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できる」——当時としては「まるで野党案みただった」と関係者の誰もが述懐する内容です。

介護保険につながる、介護の社会化の思想が、日本で“受精”した瞬間でした。

## 「事実誤認3点セット」

この介護対策検討会の報告書は、当時の与党の「日本型福祉政策」に真っ向から逆らうものでした。

ヨメの無給労働を前提とする日本型福祉政策の背景となった「福祉バッシング」が吹き荒れるきっかけは、73年の10月に起きた第4次中東戦争でした。石油価格が4倍にも跳ね上がりました。「安い輸入石油」という大前提が崩れ、74年、戦後初めてのマイナス成長。そんな中で脚光をあびることになったのが「日本型福祉社会論」でした。

75年、村上泰亮東大教授、蟬山昌一阪大教授が、『生涯設計計画—日本型福祉社会のビジョン』を刊行。「福祉は自律の精神と気概を失わせる」「その恐ろしさを悟らなければならない」という論が一世を風靡しました。76年には村上泰亮、佐藤誠三郎、公文俊平、堤清二、稲盛和夫といった学者・企業人で構成された「政策構想フォーラム」が、「新しい経済社会建設の合意をめざして」という提言をまとめ、「国家に依存する脆弱な人間を作り出す英国型、北欧型の福祉であってはならない」と主張しました。78年には、香山健一の「英国病の教訓」……一連の主張の特徴は、根拠に乏しい福祉先進国批判を展開した上で、「自助努力」「同居家族の相互扶助」「民間活力」「ボランティアの活用」に期待を寄せたことでした。それは、「事実誤認3点セット」の上に展開されていました。

- ①日本の福祉は西欧諸国と遜色ない水準に達した
- ②福祉が進むと家族の情愛が薄れ、スウェーデンのように老人の自殺が増える
- ③福祉に力を入れると経済が傾く

遜色ないどころか、写真①②が象徴するように、遅れに遅れていました。老人の自殺が多いのは、北欧でなく、実は日本でした。福祉が進んだ国々では、経済が傾くどころか順調でした。国民所得が高く、ごくふつうの庶民が別荘や自家用ヨットで楽しんでいました。

ところが、事実誤認3点セットを背景に、79年5月、日本の高齢者の運命を狂わせる政策が誕生しました。

経済審議会が大平首相に答申し、閣議決定された「新経済社会7カ年計画」に日本型福祉が盛り込まれたのです。自民党は82年、「日本型福祉社会の構想」を打ち出し、福祉予算を制約してゆきました。

介護に疲れ果てた家族を得意先に、人里離れた老人病院が雨後の竹の子のように増えてゆきました。

## 政治上の思いがけない異変が

話は介護対策検討会に戻ります。報告書は、思いがけない政治上の事件から、にわかには与党に頼りにされることになりました。

消費税を持ち出した自民党が参院選で89年、大敗したことから、消費税の使い道として「寝たきり老人ゼロ作戦」や「ホームヘルパー10万計画」を盛り込んだ「ゴールドプラン」が策定されることになりました。そのスタートは90年のことでした。

その前年書き上げていた『「寝たきり老人」のいる国いない国』（ぶどう社）で私が紹介した24時間対応のホームヘルパー、小学校区に1つのデイサービス、送迎サービス、福祉用具などが、この日本で現実のものになってゆきました。恥ずかしがらずに公的サービスを利用する人も増えてゆきました。

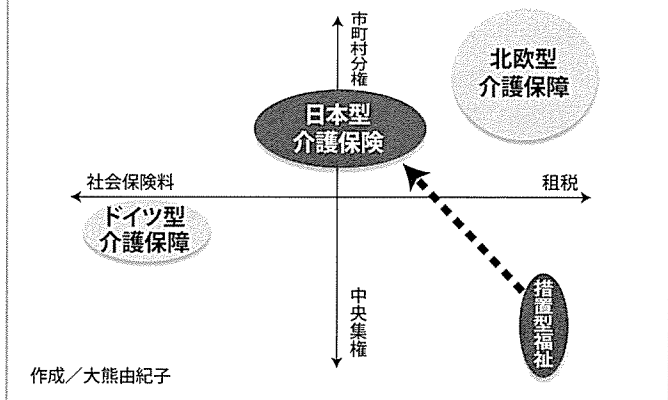
けれど、どの党も「増税→支持率低下」の恐怖症。税財源による予算は増やせません。

そこで、社会保険料と租税を組み合わせた「日本型介護保険」が浮かび上がりました(図)。それをほつきりと打ち出したのは、1994年の「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」でした。

そこに、幸運な事態が持ち上がりました。

自民党と社会党といえば犬と猿の仲。永久に混じ

図 ドイツ型と日本型の介護保険、北欧と従来の日本の税方式  
どこが、どう違う?



作成/大熊由紀子

りあうことはないだろうと、だれもが考えていました。ところが、自民党が、社会党委員長の村山富市さんを総理大臣にと、望んだのです。野党暮らしに耐えきれなくなったからと推測されています。

それは、94年5月、介護保険論議が本格化し始めたときのことでした。

自民単独政権が続いていたら、介護保険法は日の目を見なかったことでしょう。自民党には「介護はヨメのつとめ」と固く信じている人物、「介護の社会化」などという文字を見たら青筋をたてて怒る人物が権限をもっていたからです。

幸運が重なり、網をくぐり抜けて、仮に法案提出にこぎつけたとしても、難問が立ちふさがります。

「自民党が推進することには魂胆があるに違いない」と疑いの目を向ける社会党や労働組合が反対にまわったに違いないからです。

奇跡を起こしたのは、新党さきがけの存在でした。犬と猿の接着剤役を果たしたのです。

介護をめぐるここまでの歴史をお読みなれば、介護の社会化や介護保険は、実にあぶなっかしい綱渡りを重ね、流産、難産の危機をすり抜けて成立したことに気がつかれたとおもいます。

そんな脆弱な基盤ですから、冒頭の9つの誤解がすぐにアタマをもたげます。

「老人病院が衣替えした療養型を削減して、在宅を充実していく」という介護保険の海図は、新政権がマニフェストでうたい上げた「削減凍結」で暗礁に乗り上

同じ日本、同じ病状の認知症。環境とケアの仕方でのような差が、



写真③グループホームで盛りつけの手伝い



写真④精神病院の回廊をあとでなく

げそうです。

認知症のひとつには写真③のような、あたたかい雰囲気と誇りもてる役割が大切なのに、写真④のような殺風景な精神病院が大手を振っています。精神病院で人生を終える人のすでに13%が認知症です。認知症の人々を抱える家族を新たな顧客にする戦略を練ってさえます。

冒頭の「うちの女房だってやっているのだから介護なんてだれでもできる」という思い込みは根強く、介護職の処遇は低く抑えられたままです。そのため、「どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できるサービス」は、遠のくばかりです。

「外人労働者を活用すればいい。なにしろ安い」という、浅はかな考え方も払拭されていません。貿易関係者の都合で策定されたインドネシアやフィリピンからの看護・介護修習生なのに、そのカラクリを知らず、深刻な影響も考えずに歓迎するテレビメディアの浅薄な報道も目立ちます。

介護保険には、図のように、北欧流の市町村主権の思想が少し盛り込まれました。市町村の裁量で「横出し・上乘せ」できるのです。けれどそれを実行する首長はごくごくわずかです。

## 「日本型低福祉高負担」からの脱却を

では、どうしたらいいのでしょうか？

現状の「低福祉高負担」から、「新たな高福祉高連帯」への発想の転換こそが、いま大切だと思われま。ここで言う「高負担」とは、税や保険料という狭い意味の「負担」ではありません。精神病院や老人病院、無届け老人ホームでの誇りをはぎ取られた老後、介護家族や介護職の精神的肉体的負担、自己負担を指し

ています。

「高連帯」とは、大蔵省が作り出した「国民負担率」という、世界に通用しない用語から導き出された「高負担」という概念から脱却するために考えた出した概念<sup>3</sup>です。

「医療・福祉の予算が増えるとイギリス病・スウェーデン病になり、人々はなまけものになり、経済が傾く」という1970年代以来の根拠のないデマが、先進諸国に比べて少なすぎる福祉・教育予算を招きました。この呪縛からまず抜け出すことが求められます。

思い出のつまった自宅、写真③のような“自宅でない在宅”でのケアは、誇りと役割を膨らませ、無駄な出費を減らします。なじみの風景、なじみの人間関係から切り離れた病院や人里離れた施設での日々は、ご本人の持っている力をなくしてしまいます。

専門医としての「かかりつけ医」、訪問ナース、介護職、人と人をつなぐケアマネジャー、住宅への支援を政策のカナメにすること。それが、結果として医療が本来の医療の姿を取り戻すこと、医療費の有害な部分の削減につながります。

介護保険が10年を迎えたいま、原点に戻って考えること、国際的な視野で判断することが大切だと、私は思うのです。■

### 《注》

- 1 「老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録」
- 2 介護対策検討会報告  
<http://www.yuki-enishi.com/siryou/siryou19891214.doc>
- 3 「膨らむ負担、福祉高める仕組みを」（朝日新聞特集「どう支える超高齢社会」1994年5月2日）