

## 世界における介護制度の現状

佐藤 進

### はじめに

#### 一 介護制度とその課題の提起一

わが国においては、現在「介護保険法（案）」が、「介護給付」の特別法として国会に提出され、衆議院において附帯決議を付されて通過し、今秋の臨時国会において参議院での論議に付されている（参議院で通過制定の見込み）。この「介護保険法（案）」では、「介護」とその保険給付について、「居宅サービス」と「入居施設サービス」とを含み、「介護サービス」として、つぎのものが給付内容と定められている。

「居宅サービス」として、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（介護老人保健施設、介護療養型施設など）、痴呆型共同生活介護、加えて特定施設（有料老人ホーム、介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設など）での入所者生活介護、福祉用具貸与などが特定されている。このサービス給付は、介護現物給付としつつ、介護費給付であり、社会保険財源と関連する給付であることからその給付率を9割給付とし（1割自己負担）、保険医療関係法と同様に、「高齢介護給付」を定めている。以上の法定介護給付内容をみる限り、「介護」の保険給付は、狭義の「介護」に限定する

ことなく、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、また特定施設での看護、リハビリテーション、療養管理指導などの「医療保健」の領域をも対象としていることである。これは、狭義の「保健医療給付」と、狭義の「福祉介護」とを連携させて提供することを旨として、包括的にこれらを「介護保険」給付の対象としているものと考えられる。要援護高齢者の「介護」給付は、老人福祉法の給付内容—公的措置福祉（税負担を原則とし、受益者負担を伴うにしても）の領域にある—にあったものを、「介護給付」費を「介護保険法」の領域に移し、また「保健医療」給付費を老人保健法に従来通り委ねるものとして区分し、広義の「介護」として法を異にするとしても連携による給付を旨とする政策をとったといつてもよいのである。要援護高齢者にとって、保健医療サービス給付と、ドイツ介護保険法でみられるように保健衛生面、食事面、行動面、家事介助面での包括的な生活介助給付とが一体化して給付されることが必要とされていることはいままでもない。わが国の場合、行政所管を異に、その「介護」と「保健医療」とを、給付財源別に法を分離することから、この様な連携を重視する法政策をとらざるをえなかったのであろう。ここでは、この問題に対する論議自体基本的問題であるが、この問題にはふれることなしに、世界の国々が、高齢化、障害者増大化社会に当面し、どのような

法政策的対応を、とりわけ「介護」について試みているかについて以下その現状にふれたいと考える。世界におけるその介護制度の展開、介護概念、そして大別して保険制度と公費負担制度（公的措置と呼ぶ、呼ばないは別として）との二つの類型分別による現状について指摘する。

## I 世界における介護制度政策論提起の背景

1 今日世界諸国、なかでも資本主義制度をとる欧米成熟国家、またこれらの国々に追いつこうとしている国々では、周知の様に高齢社会（あるいは高齢化社会の接近化）に加え、直接、間接に連動する障害者増大社会、また介護社会の到来に当面し、国際的、国内的な経済停滞に伴う行財政合理化ともかかわり、また高齢者、障害者などの人権保障にかかわって、「介護」をめぐる制度政策論が展開をみてきているのである。

先行的福祉国家の国々（北欧のスウェーデン、デンマークなどの）はいうまでもなく、これらの国々と軌を一にしてきたEU加盟の国々（オランダ、ドイツ、フランス、イギリスなどの）、さらにアメリカ、カナダならびにアセアン諸国（韓国、シンガポールなどの）、オセアニア諸国（オーストラリア、ニュージーランドなど）は、何れも高齢者、障害者、さらに子ども、家族などに対する包括的、統合的な福祉政策の再構築に努めていることは否定しえない事実である。

周知の様に、資本主義体制をとる国々、とりわけ成熟国家はいうまでもなく、発展途上国は、その法体制のベースに、個人と家族をおき、自立自助原則、生活自由ならびに生活個人責任原

則を措定してきた。ただ今日、しかし国際的なボーダレス経済の展開や高度情報化社会に伴い産業社会の変化は、地域社会生活や家族社会生活の基盤を大きく変化させ、人間の生活文化、価値観の変動を生み出し、これらは高齢者や障害者などの扶養観にも変化をもたらしてきた。そしてこれらのことは「家族」の私的扶養、とりわけ老親扶養機能システムの弱化を生み出し、家族による私的扶養と、どのように連動するかの問題を含みつつ、公的＝社会的な「介護」制度機能とその整備強化を提起してきた。

以上の「家族」の私的、社会的機能の評価にあわせて私的扶養と公的扶養機能との連携—それは、法的に私的扶養責任の形骸化とその社会化と、この対応としての国や地方公共団体の社会的扶養の在り方とは密接にかかわるが—の政策は、高齢者扶養政策、とりわけ「介護」制度とその具体化に大きな影響を与えてきており、このことはわが国でもみられてきた<sup>1)</sup>。この点は、わが国の老人福祉法が、家族扶養責任重視を前提に、家事介助者派遣の公的措置に制約を加えた時期をへて、これが契約化によって、家族責任を緩和する方向に移る時期にいたった例をみてもよく理解できよう。しかし、わが国の介護保険法（案）が、家族構成員の介護に対し、その現金給付か、あるいは家族類似者による代替的介護への現金給付を容認していない発想などもこれらと軌を一にするものと考えられようか。

世界の各国における高齢社会あるいは高齢化社会の到来への「介護」制度政策論議は、高齢・加齢化、重度の障害状態の増加と、とりわけ「長期的ケア」問題とその対応を顕在化させたのである<sup>2)</sup>。これに対して、世界の国々は、既存の関係法制的対応が財源的にも至難となり、どのよ

うな介護制度対応をとろうと、高齢社会に対応する所得保障（経済的保障）や、保健医療保障および福祉介護保障などがかかわり、その連携はいうまでもなく、その介護費用の増大は、高齢者およびその家族の人権保障とともにその効果ある対応に配慮せざるをえなくなっているのである。

2 保健医療とあわせ「介護」を含めて、世界で早く人権問題として生活障害自体の経済的保障とあわせて、サービス給付を行う法が、高齢者対象というよりも、「障害」とその保障に焦点をあわせ、非業務上の一般疾病、負傷に対する障害事故と、業務上の労働災害・職業病に対する労災補償事故との区別なく、その双方の経済的苦痛による本人および家族の生活保障を旨として立法化したのはオランダである<sup>3)</sup>。

この世界でもユニークな、国民皆保険化による社会保険法として、「介護」と「保健医療」とを給付するオランダ法それ自体大きな研究課題である。また、「介護」給付を特化し、特別の保険立法制定によって対応した国はイスラエルであり、従来公的措置による公費負担制度によって介護費の対応を行う国々に一つの制度的対応の示唆を与えることになったのである。そこで以下、社会保険方式によって、「介護給付」導入を試みている国々の制度の導入の背景をみてみよう。

3 イスラエルは、「介護」給付を特化し、特別法としてのイスラエル「長期介護保険法」（1986）を制定した国で、その背景であるが<sup>4)</sup>、  
① 建国時若い世代層であったイスラエル国民自体が高齢化し、その高齢人口層の増加 ② 高齢者に対する家族連帯による私的扶養の核家族化やその介護ニーズの増加 ③ きびしいイスラエル建設にかかわり、国内経済と高齢者ケ

アを含む財政カットへの懸案 ④ 家族構成員による高齢者介護に関する負担増大 ⑤ 基本的な諸サービス要求とその保障のための立法者の意向などがみられたのであった。なおこの保険制度導入は、個人の介護サービス受給資格にもとづいて提供されるサービスに附加して、法の施策により地域の在宅サービスや入居施設サービス開発などや、ナーシング・ホームでのベッド増床などへの基金整備などの公的財政対応がかかわっていたことである。このイスラエルの制度導入は、成熟国家とは一味違い、家族連帯、社会連帯による強力なきずなによって支えられてきたイスラエル建国者への高齢化対策であり民族の維持と「家族」システムとその機能の役割の上で、今後、経済発展途上国においても当面することになろう。その対応は、一つの示唆を与えるのではと考えられる。

4 このイスラエルに比して、時代、政治的、経済的、社会的状況が一味違っても、1994年制定をみた西・東統合を達成したドイツ「介護保険法」制定の背景には、つぎの諸情況が働いていた<sup>5)</sup>。① ドイツの65歳以上高齢層の増大と、少子社会の到来にみる予想以上の高齢化の進行とあわせ、核家族化社会における介護力の弱さ ② 要介護高齢層に対するナーシング・ホームなどを含む高齢者介護ホームの不足や、デイケアセンター、ショート・ステイ施設の不足 ③ 社会的入院の増加と医療費の増大化 ④ 私的に対応による入居施設、在宅ケアの費用負担の増大とその負担不能の際の公的扶助（わが国の生活保護）依存と公的扶助費用の増大、またこれとかかわる社会保障費の増大などがみられている。これらの諸要因への対応が、「介護」を対象とした現物給付あるいは現金給付とを行う介護保険法創設に具体化されたとみ

ることができよう。このドイツの法政策は、早くからわが国の医療保険法制定に大きな影響を与えてきたこととも関連し、また今日の医療保険財政の合理化にもかかわって、その介護保険法の導入化に強力なインパクトを与えているようにみられるのである。

以上、「介護」給付に関する制度政策として、高齢者やその介護者のニーズへの対応のための特別法が、前述のように保険制度技術の導入により、1960年代のオランダ法の例はともかく、1980年代以降の世界の国々の高齢社会との直面などにかかわって、イスラエルをはじめ、ドイツ、オーストリア、日本などへの展開をみ、保守政権党下のイギリスでも論議されてきた。

5 この介護保険法という「介護サービス」給付のための保険技術制度による創設は、介護が保険給付になじむのかなどの多くの問題がかかわるのである。とりわけ「長期介護」給付としては、公的年金同様長期的給付の保険給付領域に属するとしても、公的な老齢年金、障害年金給付や、保健医療給付とかわり、非保健医療領域の福祉サービス給付とがかわるのはいうまでもない。今日これらをめぐって既存関係制度の調整と連携問題に加え、保健医療サービス同様に、在宅、施設整備とそれらの連携と改革に加えて、その多様なサービス提供者の量、質整備とともに介護者（親族、プロパー）の人的、物的側面の問題への対応が迫られているのである。

この種の「介護」をめぐる給付のための保険制度創設論は、公的財源対応がその基底にあることは制度導入の背景によって知りうるのであるが、すでにみてきたように介護への対応が、私的なものから社会的対応への動きは、早くは戦争傷痍者や、業務上の労働災害被災者にみら

れてきた〔このことは世界の国々の軍人に対する保健医療や福祉援護（介護などの）対策にみられ、わが国の場合でも同様である〕。しかし、非業務の一般疾病、負傷などの障害に対しては私的な扶養に委ねられていることが多く、一歩進めて、公費負担による介護対応は、障害者に対する福祉的介護援護施策が、その受給資格要件を厳格に行われてきた。またその福祉給付も、介護現物サービス給付よりは、社会扶助形態としての低額の現金給付による社会的介護あるいは扶養手当として介護者に対する給付を試みてきた（このような事例は、障害者を中心に、高齢者に及んでゆくが、イギリスや、フランスまた、介護保険法（案）前のわが国の福祉関係にみられる特別児童扶養手当法などにみることができるのである）。

## II 世界における「介護」の意味とその範囲をめぐって

1 「介護」制度にみるサービス給付をめぐり、何が「介護」給付内容なのか、その範囲は何かなどがその定義とそれに伴う給付内容となることから、今日その Quality of Life = Quality of Serviceが、きわめて重要なその内実化の問題となっていることはいうまでもない。これは、要介護高齢者や障害者にとり、単に個々の保健医療サービス、看護サービス、介護サービスのみの給付を意味するものかを考えるとき、往時家族は、今日いわれる「介護」を看護やそれと関連する介助とを区別しつつ、要介護者のニーズに応じてその役割を果たしてきたのであろうかを改めて考えている。家族構成員にとっては、要援護者である老親や、障害者や、子どもなどの症状に対し、その出費を考慮しつつも、

緊急にして生命危険な状況に遭遇するとき、保健医療サービス提供を専門的な医師に求めざるをえなかったことは間違いない。しかし大親族は、専門的な保健医療サービス以外の、必要な看護、介助サービスを可能な限り提供してきたと考えてよく、そこには善意、無償の心からの提供があったとみてよい。しかし前述のように今日の社会的状況の変化とともに、サービス供給源としての大親族機能は、核家族化とともに弱体化し、これに代って「保健医療」をはじめとして、「看護」、「介護」などのサービス専門化が指向され、家族にとりその各々が未分化のサービスは分離、分化し、各専門的なサービス対価とその受益者負担の強化とともに、この専門分化した各サービスの一体化、連携化が問題とされてくることになる。

2 世界の国々は、要援護者にとり「ケア」は、総合的な利用者ニーズの充足にかかわり社会的ケア (Social Care) 概念とともに、公的責任による社会的なサービス提供責任のもとで、狭義の医療的な保健医療、看護サービスとあわせて、非医療的な社会的な援護 (介護) サービスとを含む総合的な内容をもつものとして捉えられざるをえなくなっているのである。さらに、これらのサービス提供は、イギリスでは「コミュニティ・ケア」概念などとかかわって、そのケアは、広義にせよ、狭義にせよ、要援護者の居住する地域社会をベースに「施設 (各種の病院、施設などの) 入居ケア」、「在宅ケア」などとかかわりにおいて、住居保障、居住保障とともに、前記の社会的ケアの概念について、狭義の保健医療サービス提供にかかわる病院や、狭義の非保健医療サービスにかかわる介護関係ホームなどの「施設入居サービス」と「在宅サービス」でのケアを含むものとして捉えら

れてきていることはいうまでもない<sup>6)</sup>。

このイギリスで、今日このコミュニティ・ケアが、高齢者、障害者、子ども、家族などを対象に、各種の病院、各種の施設を場に、とりわけ在宅を場に、保健医療サービス、介護サービスの何れをとってみても、つぎのような理由とともに強調されるのである。これはイギリスにとどまらず、北欧諸国、大陸諸国においてもみられるのである。

第1は、入居施設ケアに対するリアクション。

第2は、入居施設における専門的雇用の至難さ。

第3は、ホーム、病院などを含む入居施設などにおける薬づけや、施設、医療保健などのコスト増大、その他の施設内処遇とその社会的疎外状況にみられる施設入所の不安さ。

第4は、施設ケアのコスト問題。

第5は、可能な限り、通常の社会で生き、隔離された施設では暮さないという権利などにもとづいて、施設から在宅へ、そして地域への転換など。

一例として、イギリスをとりあげたが広く〈ケア〉という場合、給付にかかわり、〈サービス現物〉および〈現金給付〉を含み、その範囲はつぎの内容 (領域) に及んで公・私サービス提供主体により提供されているのである。

- ① 保健医療サービス給付〔病院 (入院、デイ・ホスピタル、通院) 一国営サービス・トラスト (地域保健運営機関による提供) や、地域コミュニティ・保健サービス (ナーシング、豆たて治療、リハビリテーションなど) に加え、プライマリ保健医療 (一般家庭医、契約保健関係者、ナーシング・ホーム) (民間・自主による営利、非営利ホームによる提供)〕。

- ② 社会的ケア（对人的社会サービスとソーシャル・ワークサービスの提供）。
- (i) 施設入居ケア（長期入居滞在，短期入居滞在，レスパイト入居滞在）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- (ii) デイ・ケア（デイ・センター，ランチクラブなど）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- (iii) 在宅ケア（ソーシャル・ワーク，在宅ケア，ホーム・ヘルプ，食事，洗濯，職業的セラピー，住宅援護，介護者支援など）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- ③ 在宅サービス（庇護住宅，多様な非庇護住宅サービス）（地方自治体住宅部，住宅協会，民間団体による提供）。
- ④ 所得維持（拠出制，無拠出制による公的年金，生活援護給付）（国家扶助給付，障害手当，介護者給付など）〔中央政府（社会保障省），各種職業団体，民間団体などによる提供〕。

以上の様な包括的な社会的ケア概念は，コミュニティ・ケア概念とかかわり，狭義の保健医療サービスのみならず，非保健医療サービス（介護関係諸給付）を含み，変革が試みられている施設とともに，とりわけ在宅ケアを中心に，公・私の各専門関係機関の連携によって捉われ，要援護層に提供されていると考えられる。そして，このイギリスでは，サッチャー政権，そしてメジュー保守政権期に提起されてきた「コミュニティ・ケア」改革と，その政策の具体化である「国民保健・コミュニティ・ケア法」（1990年）が制定をみ，今日地方自治体福祉行政改革とあわせて，カウンティからさらに小規模の細分化

された市単位ベースでの関係団体参加による「コミュニティ・プラン」作成義務にあわせて，包括的な保健医療サービスと福祉サービスとの連携による給付が，公・私の各種のサービス提供団体によって行われている。ことにそのデメリット，メリットは存することはいうまでもないが，各種サービスが，前述のように公的機関としてよりも民営化の方向に動いている医療提供機関（病院）（トラスト化している）や，各種の民間医療機関，そして営利，非営利の各種の社会福祉機関（各地方自治体や民間団体）による施設（ホーム）や通所施設（デイ・センター），在宅ケア提供団体によって提供されている。筆者の97年度の調査では，国の保健医療，福祉行財政合理化は，リージョン（広域），カウンティ（県ともいえる）ベースから，その細分化された，小地域の市ベースへの財政補助削減下での行政組織により，各小地域での競争原理にもとづいて，そして消費者，受益者，納税者のサービス選択，決定権，不服申立権の保有のもとで，前記の多様な公・私のサービス提供組織により，また受益者負担の強化にあわせてサービス提供が行われている実態に注目しておきたい（この政策が，そのメリット，デメリットの評価とあわせて1997年5月，18年ぶりに政権回帰の労働党政権によるEU社会憲章の容認にあわせて，どのように承継，再検討がみられるかに注目したい）。

イギリスの例を一つとして，以上「介護」の定義とその包括的なサービス内容の範囲について説明をした。

3 前述したようにこの概念は，EU加盟の成熟国家においても大なり，小なりみられるものといってよい。しかし，EUでは“Social Europe”，“Social Protection”，“Social Dimen-

tion” “Social Cohesion” と、Social (社会的) が強調され、加盟国の経済状況が必ずしも良好でないとしても、“EU Social Policy” を形成している。そして、この政策は、EU の “Social Charter” の容認と、そのもとでの社会政策の展開を促し、「介護」についても、“Social Care (社会的ケア)” として、各加盟国での法制度とそれにもとづく介護制度は、そのサービス提供の在り方に違いがあるにしても、包括的、統合的サービスが高齢者、障害者、子ども、親族などの要援護対象者に提供されているものと考えられるのである<sup>7)</sup>。

### III 世界の介護政策にみる給付とその財源調達形態

1 以上「介護」が、“Care (ケア)” の用語はともかく、私的扶養の領域でこれが障害者、高齢者、子どもなどの要援護者に対する個々の「介助」、「援助」、「看護」、「保健医療」を含めて対応されてきたものから、その今日公的 = 社会的扶養の領域への流れのなかで、単に個々のサービスから、包括的、統合的な “Social Care” へとその変化がみられてきていることを指摘してきた。あわせて、世界の国々において進行している高齢社会、障害者増大社会、少子社会、私的な要援護者への親族介護機能変質社会の到来に当面し、とりわけ成熟国家はいうまでもなく、成熟途上国家において、この高齢社会到来における老親介護政策の在り方が問われていること、そして公的、社会的な介護政策が論議されてきていることに言及した。

しかし、高齢者のみならず障害者を含む要援護者に対する「介護」(狭義から、さらに広義の) を、いかに実現するかという制度政策の構想、

実現は、法と行財政に関連させてみると、世界の国々の政治的、経済的、財政的、社会的状況を反映している。そしてその相違により、すでにみたように「介護」とその私的扶養、さらに公的 = 社会的扶養によるサービスの提供(給付)とサービス提供組織、またその「私」と「公」の財源(コスト)支出とその調達(在り方)にかかわって、「介護」自体の捉え方、またその対応の具体化が必ずしも一様でないことが理解できるのである。したがって、世界の成熟諸国をとってみても、その政策主体は、高齢者、障害者さらに児童などの要援護層の増加に対する事実認識と、その多様なニーズと充足に関し、人権尊重と、その保障にもとづいた多様なサービス提供と、かかわるそのニーズ充足のためのサービス水準と、サービス提供のモラルを含む理念の模索と〔Quality of Life (amenity), Equality, Independence などの〕、公・私の役割、協力の在り方を、その私的、公的な社会的諸資源、さらに行財政、とりわけ国民経済における介護財源などの問題とかかわらせて今日対応に苦慮しているのである。

この点、成熟諸国は、この社会的介護の具体化に対応し、今日の低経済成長体制と雇用問題などともかかわって、前述の要援護者の多様なニーズ充足のためのその政策実現のために行財政合理化、一方受益者の権利と負担の可否とその当否、社会的資源の効率的利用、公・私の協力などを前提に、既存関係制度(保健、医療、福祉、住宅、生活環境保全など)の見直しとその合理化、あるいは介護にかかわる新制度の創設政策の模索を試みているのである(ドイツ、オランダ、スウェーデン、イギリス、フランス、オーストラリア、ニュージーランド、日本など)。この既存関係法制度の見直しは、多くの国々で

は高齢社会の到来と、高齢者保健医療費の増大とその抑制、介護施設における費用の増大とその抑制や、介護費用の私的扶養による増大と、その対応を含め公的な在宅ケア関連施設の充実とその費用調達の問題が、給付と負担（費用調達）とかかわって論議されてきているとみられる。

筆者なりにみる限り、すでにみたように「社会的介護」の包括的給付とその法制度的実現は、すぐれた先駆的実験を試みてきた前述のオランダ法にみられるのであるが、今日このオランダにおいても保健医療サービスと福祉介護サービスとの統合的給付が、二省（保健・福祉スポーツ省と社会問題省との）連携によって、実現をみているが、なお保健医療サービス、福祉援護（介護）そして住居保障などの政策が、保険制度政策的に対応しているか、今日なお諸問題に当面しているといわれるのである<sup>7)</sup>。

そこで、まず「介護」制度の保険制度化によって対応している国々と、公費負担化によって対応している国々とに類別化してその現状について指摘してみよう〔すでにみたように、「社会的介護」概念とその展開はいうまでもないが、その具体化となると、前記のオランダの「特別医療費給付法」（社会保険方式）のように、要援護者が、「保健医療」サービスと「介助」サービスとを、病院、ナーシング・ホームなどの入居施設在住者、在宅者の何れをも、入院、入居、在宅を問わず、各々包括的給付を、自主選択、自己決定によって給付をうけることが可能である例は世界でもユニークである。またオランダとは一味違い、後述のようにアメリカ連邦社会保障法は、65歳以上の高齢者が、メディ・ケア（保険方式）またはメディ・ケイド（公的扶助）によって、施設、入院、在宅を問わず保健医療

サービスと福祉介護とを給付することが可能な例であるが、その給付内容、給付期間は制約が多く、このために、民間保険による「上づみ」補足なしでは対応しえないのである〕。

2 「介護（介助）」給付に関し、狭義の「介助」に限定し、その「介助」内容をどのように法定するかは異なるにしても、公的制度として保険技術によって給付と財源調達を試みる国の事例

この種の「介護」に関し、これを法定給付として保険制度を採用した最初の国は、1986年のイスラエル「長期ケア保険法」ではなかろうか。ついで、オーストリア（1993）、ドイツ（1994）などがみられ、日本の例もここに属し、イギリスなども目下検討中といわれる。

#### (1) イスラエル「長期ケア保険法」とその現状

前述のイスラエル法は、重度障害状況にある高齢者に対する「長期ケア」給付を目的に、公的にサービス提供を保障する義務にあわせ、その高齢者の受給資格とその受給要件を明示している。この法は、前述のようにイスラエル建国者たちの高齢化と、イスラエルの集团的、家族的連帯の強さというイスラエルの特色を明示しているように見え、第1次ケア提供者を親族構成員とその役割に求め、これに介護保険給付を提供する仕組みを示している。

法政策は、法の適用対象を高齢者で、重度障害状況にあり（男子65歳以上、女子60歳以上）、常時介護依存者とし、この人々に介護サービス提供を試みるもので、非公的な介護提供者の重視という政策をとるもので、その給付は現金給付または現物給付があり、前記の上記年齢以下の人々は一般障害保険による現金給付（介助手当）をうけるものである〔給付は、在宅高齢者に行われ、ナーシング・ホーム入居者（公費負



担の者)は除外]。

なお、受給資格は、資力調査に服し高所得層は除外され、給付に当たり受給申請と権利請求官が法などに照らし公衆保健看護婦による家庭訪問に委ね、その調査認定による報告をもとにその受給決定を行う。このイスラエル法の例は、財源調達ともかかわり、狭義の「介護」に限定し、私的な親族介護を軸とする点に一つの法の在り方を示し(とりわけ既存の公的行政による選択的、裁量的サービス提供の補足的役割を果たすものにとどまり、今後高齢化の進展で保険制度による限定的な対応か否かなどを含む)、この法はある意味で、経済発展途上国に一つの示唆を与えるのではないかと思われる。

## (2) ドイツ「介護保険法」とその現状

ドイツ社会保険法の制定の背景についてはすでに簡単に記したが、すでに多くの研究者によってもその現状・課題が指摘されており、わが国の立法例の参考とされてきた法である。

ドイツ「介護保険法」は、94年制定をみ、95年1月保険料徴収、95年4月要介護層への在宅介護サービス給付の実施で、96年7月には早や保険料の引き上げ、施設入所における介護費用給付対象拡大へと給付対象の拡大と保険料負担引き上げとリンクしていつている。

保険者は、ドイツの公的医療保険制度にみられる運営方式としての疾病金庫と、ドイツの自主運営管理による方式に類似し、疾病金庫が引き受け、新しく創設される特別の介護金庫はその運営事務費をこの疾病金庫に支払うことになる。加入者(被保険者)は、西ドイツと東ドイツのその所得による加入義務限度は異なっており、公的年金受給者は加入の義務づけが行われている。任意加入もみられ、民間介護保険加入者は加入免除とし、保険料支払義務なしの介護

給付受給がみられている。

要介護者の定義(その介護保険給付受給範囲ともかかわる)は、肉体的、精神的疾患あるいは障害により、日常生活につきかなりの程度またはそれ以上の援護を必要とする者に対し、運動機能の喪失、麻痺、機能障害あるいは内部障害、感覚機能障害、欲求障害、方向感覚障害などの中枢神経系機能障害状態にある者とされ、介護等級I、II、IIIに区分され、この受給要件の認定、評価については前述の介護金庫の州疾病金庫連合会の疾病保険医療サービス給付審査機関により、統一指針にもとづく審査が行われ、その各疾病金庫への報告により、当該要介護者への最適介護プラン作成義務を課されている。

この介護保険による給付は、「在宅介護」給付と「施設入居介護」給付に加え、「介護者」給付などがあり、「在宅介護」給付は、衛生面、食事面、行動面、家事介助面などに現物給付が、前記の介護等級に従って行われ(I、II、III級に月額給付額最高限が設定される)、この介護現物給付に代えて現金給付も請求できるとされている。この現金給付請求は、要介護者が必要な基礎的介護、家事援助を自ら確保、実施ができることを要件とし、介護専門家による助言、指導を受けることを必要要件とされ、介護等級(I~III)に即する月額最高限は現物給付水準より低く設定されている。

さらに家族、その他の介護者が、休暇や疾病で介護しえない場合には、年間4週間、給付最高限度額を前提に代替介護費用請求が認められ、この場合も家族やその他の介護者がそれまで最低1年以上その家庭で介護を行ったことを要件として支給されている。なお、在宅介護で十分なケアを確保しえない場合、デイ・ケア、ナイト・ケア施設でのケアも可能とされ、これ

も「在宅ケア」のⅠ～Ⅲ介護等級の最高介助給付額よりも低く定められている。なお、これらの介護不能な場合、ショート・ステイへの短期滞在ケアも可能であり、1年間4週間、最低1ヶ年要介護者の家庭介護が要件となっている。このほか、在宅介護福祉機器提供や自立生活援助も含まれ、介護ベッドや緊急通報システムなどの在宅介護関係機器の貸与に加え住宅改造助成や段階昇降機の取り付け助成もみられている。

以上の「在宅介護」給付とともに「施設入居介護」が法定されているが、在宅介護不能な場合に入居介護給付が行われ、末期ガンの特別事例には給付が高くなっている（その室料、給食費、その他の自己の用にかかる追加費用は自己負担となる）。

「家族介護者」給付が、法定給付受給資格の法定化で行われることになっている。

以上の諸給付に対し、財源調達は原則として、被保険者と使用者との労使折半負担の保険料で賄われ（保険料率は95年1月1%、その保険料率引き上げは、前述のように施設入所介護給付実施の96年7月1.7%に引き上げられ、今後の在宅介護、入居施設介護給付費も増額が行われている。）、保険料に関する法定報酬額も医療保険法と同額に設定され、公的年金受給者の場合には、50%本人負担、50%は公的年金保険者負担となり、失業手当受給者の場合は連邦政府雇用庁、公的扶助（生活保護）受給者の場合は社会保険給付機関が負担し、自営業者の場合は保険料全額個人負担である。なお、介護保険法実施により、各介護金庫における要援護者の割合の不均衡から発生する財政格差是正のため、ドイツの公的年金受給者疾病保険財政で実施をみている財政調整方式と同様な方式で、介護金庫間

で財政調整が行われることになっている。

### (3) アメリカの「長期介護保険」の現状

アメリカは、連邦社会保障法(1935年)の1965年改正による65歳以上高齢者への医療保険給付〔1966年メディ・ケア発足（入院医療〈強制加入〉と補足医療保険加入（任意加入）および1965年メディ・ケイド（低所得層対象）（州運営）、および1965年アメリカ人高齢者法などによって高齢者に対する医療給付、介助援護対応がなされてきた（1975年連邦社会保障法第20章とそれにもとづく各州への一括補助制度導入による各州の高齢者福祉サービスが、かなり統一的に推進されてゆく）<sup>8)</sup>〕。

以上でみるように、アメリカ連邦社会保障法は、高齢者医療保険給付（連邦）と福祉介助制度（州）、直接的な連邦所管と州への補助制度によって高齢者福祉政策と展開をみせているが、アメリカのメディ・ケア、メディ・ケイドの高齢者などの患者保障法（1978）、メディ・ケア医療危機適用法（1988）などにもみるように保健ケア財政対応に終始してきたことは否定できない（1990年代のクリントン大統領の医療保険法制定化なども、アメリカ国民の医療保障とその財政対応にかかわっていることも無視できない）。

そして、連邦政府のメディ・ケアおよびメディ・ケイド制度は、高齢者の入・通院保健医療サービスにあわせ認可ナーシング・ホームケア、在宅保健ケアなどに対応し、このほかホスピス医療、レスパイト（介護者休息）ケアなどの給付をも行ってきた。これに加えて、前記のアメリカ人高齢者法が各州の連邦政府高齢部地域担当者を通じ、各州の市、カウンティなどの民間などのサービス提供契約団体による包括的なサービス給付を行ってきた。

しかし、この65歳以上の高齢者、とりわけ、

長期介護ニーズをもつ高齢者への在宅、施設における保健医療ケア、介護ケアは、その給付期間、その給付内容とも必ずしも十分でない。何故なら、長期介護ケアは、医療的、对人的、社会的諸サービスによる包括的対応はいうまでもなく、急性期疾患はともかく長期的な慢性諸疾患、障害ニーズなどへの対応にあわせて、長期間の家庭、地域ベース（成人デイ・センター、ナーシング・ホームなど）でのサービス提供を必要とするからである。またアメリカ人高齢者法ならびに各州での高齢者福祉施策は、公・私各機関、団体による介護マネジメント、日常生活援護相談、成人デイ・センター、在宅保健ケア、家事管理、友愛訪問などをもってしても、公的な長期介護サービス対応は十分ではないのである。

この点に関し、自由・自立、自助原則、民間活力利用原則にたつアメリカ社会保障法は、その補足、並立にあわせ契約自由による民間の営利、非営利の生命保険、医療保険などの「長期介護」サービス保険給付に委ねてきた（なお、連邦社会保障法は、65歳未満の国民に対する医療保険給付を定めていない点で、その医療報酬の高額なアメリカにおいては、必然的に、この民間生命保険あるいは医療保険との契約締結によって医療費の保険給付に委ねることになる。これに関して、アメリカの労使関係においては集団的な労働組合運動は、その締結する労働協約によって、賃金、労働時間などの労働諸条件に加え、附加諸給付（Fringe Benefits）獲得を、公的な連邦社会保障法による公的年金給付の不十分さ、さらに皆保険制度による医療給付の不在に対し、使用者の拠出などによる「上づみ」給付などを、企業と生命保険会社との契約などを通じて給付する仕組みを、企業年金制度、ま

た医療費給付などに向けて定着させていったのである<sup>9)</sup>。

民間生命保険はともかく、とりわけアメリカで退職者の生活擁護にかかわる強力な組織である、非営利の「アメリカ退職連盟（American Association of Retired person）や、協同組合保険団体は、「長期介護保険」プランを開発し、その会員に対して要長期介護高齢者ニーズに、いかに即応するかに関し、その保険内容を整備してきた〔長期介護保険により、カバーされるケア内容は、その日々の給付額は、インフレへの対処は、給付期間は、入居施設は適用対象となるか、適用かつ除外されるものは、ナーシング・ホーム入居の際の保険料支払いは、契約給付とかわり、保険料は、健康状態の（既往の、現在の）告知は、保険契約の更新、詳細手続は、保険には、どのような制約がなどについて〕。

前記のように、高齢者の長期的な老後の保健医療・介護を含む要援護状態に対し、家族責任による私的扶養とかわる自立自助、そのための民間活力利用による生活個人生活責任原則が強いアメリカの「長期介護」ケア制度は、公的サービスとその限界はともかく、営利、非営利団体による有償のサービスの提供に委ねているとみられる。公的な社会的介護政策の実現という点からみて、公的責任重視の北欧や、ヨーロッパEU諸国とは一味違い、サービス提供の営利、非営利の民間専門団体への委任はともかく、公的責任の負い方の稀薄と自立自助による、民間活力の利用ベースのアメリカにみる私的扶養システム依存は一つの類型とみられる。

3 「介護（介助）」給付に関し、狭義の「介護」に限定し、公的責任の給付を行う国の事例すでに指摘したように、公的（あるいは私的な）保険制度ではなく、高齢者や障害者などに

対して、その介護者に対し「介護(費)」給付(介護手当などの現金給付)を公費(税)により対応している国々は、イギリス、フランス、オセアニアのオーストラリア、スウェーデンなど比較的多くの国々にみられてきた。また、公費による「現物給付」を行うこともみられよう。

(1) イギリスにおける「介護手当」<sup>10)</sup>

主に疾病、障害などで、对人的なケアを要する65歳以上の高齢層に給付され、1970年代に導入された「介護手当」に加え、1975年の「障害ケア手当」が、近親者によって介護され、その介護のために仕事が出来ない公的年金受給層に対し、その所得補償のための課税援護制度として導入されたものなどにみられる。これらの制度は、もっぱら障害者層に向けられ、その介護を必要とするものとして想定されてきた様にみられる<sup>10)</sup>。

65歳以上の高齢者で、疾病、障害により、对人的ケアを必要とする人に給付される無税の週給付の「介助手当 (Attendance Allowance)」が有する (1997年現在)。

- ① 国民保険拠出によらないこと
- ② 本人またはその相手方が有する貯蓄や所得により影響をうけないこと
- ③ 所得補足 (公的扶助) または求職者手当などの所得としてはみなされないこと

の性格をもち、1週49.50ポンドの給付。

なお、65歳未満の人は (65歳以前に障害が開始された人は)、障害生活手当 (Disability Living Allowance) を請求することになる。この手当は、前記の介助手当と同種の性格をもち、同額である (65歳に達すると介助手当へ移行)。

なお、16歳以上で、平均1週16時間働いており、疾病、障害を有している人 (稼働能力を制約されている) は、無税の稼働関連給付をうけ

る (障害調査をうけることになる)。

以上に加え、「障害者ケア手当」(Invalid Care Allowance) が存在し、この給付は、重度障害者のケアを行う稼働年齢の人々に課税の週給付を行うものである (16歳~65歳未満)。なお、この給付は、① ケア提供者として、少なくとも1週35時間をあてていること ② 必要経費控除後1週50ポンド以上を獲得していないこと ③ 全日教育課程で教育をうけていないこと (監督をうける研究に関し1週21時間以上の教育を意味する)。

なお、この手当は受給資格がある場合、65歳以降もうけることができる。

このイギリスの場合、要援護高齢層の介護に関し、以上の2つの給付が在宅介護にかかわって、その要援護者の障害状態と介護提供者の介護提供の実態に即して給付することになっている。なお、労働災害・職業病障害給付に関連して、この分野で、常時介護手当 (Constant Attendance Allowance) が、その障害度95%以上の場合に給付され、また特別重度障害手当 (Exceptionally Severe Disablement Allowance) という手当制度もみられている。

(2) オーストラリアの「介護手当」

オーストラリアは、その広大な領土と過少な人口とも関係し、高齢者福祉政策は今日労働党政権から保守政権党へと移り、とりわけ施設入居福祉への政府補助政策の合理化と入居受益者の自己負担増加に向けての法改正がみられたが (1997年8月現在)、すでに高齢者在宅福祉施策として、展開、成熟をみてきた在宅、コミュニティケア制度 (Home and Community Care) (H.A.C.C) は維持をみせている<sup>11)</sup>。

この制度の詳細はさけるが、ナーシング施設や病院入院とかかわらせつつ、ケア・アセスメ

ントチームの評価を中心に要介護高齢者に対して地域で、在宅ケア推進のために非営利のホステルなどと附設のデイ・センター利用、短期レスパイト（介護者休息）ケア利用、在宅ナーシング・ケアなどの包括的なケア・パッケージを中心に、消費者の権利擁護、長期サービスの提供と、ケアサービスの自由選択による利用による社会的ケア体制が整っている。

「長期ケア」に関し、要援護高齢者への「在宅看護ケア」給付制度が、家庭内での慢性疾患高齢者介護に当って人々に給付する制度として設けられ、① 16歳以上の人 ② ケア提供者と要援護者とは同一家庭で生活していること ③ 要援護者は慢性疾患にかかっており、ナーシング・ホームへの入所を申請している疾病と障害を有していること ④ ケアされている人は、ナーシング・ケアをうけていることなどが、その受給資格要件となっており、現金給付である。

### (3) フランスの「要介護高齢者特別手当」

フランスでも、「要介護高齢者特別手当法」(1997)が制定をみ、1975年の障害者に対する介護補償手当給付制度に代り、60歳以上の高齢者に、居住要件と要介護要件、資産要件などを充足する場合、県と県民税による財源をもとに原則として「現物給付」を、最高限を定めて行う制度が、問題点を内包しつつ、制定をみている<sup>12)</sup>。

以上、公的措置制度（公費負担）制度による幾つかの事例を紹介したが、これらの制度において国により相違がみられている。

## むすび

以上「介護」制度をめぐる世界の現状につい

て、極めてラフに素描した。「介護」制度について、高齢社会、障害者増大社会の到来と、その成熟社会化に伴って、利用者、受益者概念に対応した人権保障に即して、既存の法と行政にかかわる財政問題などがからまり、介護政策の新しい模索が、保険制度導入、公費負担制度の再検討、また関連制度の再編整備などをめぐって動いている。わが国は、一つの政策として、公費負担制度から目下介護保険制度導入の政策を選択した。これを契機に、今後関連制度の再編が試みられることになろう。この選択政策が、どのように展開をみるかは、単なる財政問題以上の基底問題、公、私、家族や地域などの非公的対応と公的対応とのかかわりはいうまでもなく、高齢者、障害者の人権保障、とりわけ介護サービスのQuality of Lifeの実現と関係、パーソナルパワーの量・値的な整備という課題がかかわっていることを、世界の経験からしられるのである(1997.9)。

## 注

- 1) 家族の構成員による老親扶養が、強力な義務づけとなることを要請する法政策と、それを形骸化というより、法的にはともかく、義務づけを道義的なものとするような社会的扶養政策重視の法政策との間には、公・私役割を前提に、そのかかわりのニュアンスを生み出すことは否定できない。  
佐藤進 1993 「在宅ケア推進をめぐる法制度政策の現状と課題」『ジュリスト増刊「高齢社会と在宅ケア」』有斐閣, Gerdt Sundström. "CARE BY FAMILIES" (Chap 2) 1994, CARING FOR FRAIL ELDERLY PEOPLE, OECD.
- 2) International Social Security, 1984 "LONG TERM CARE AND SOCIAL SECURITY", International Social Security Association 1990, THE SOCIAL PROTECTION

OF THE FRAIL ELDERLY.

- 3) このオランダ法は、今日にいたる間修正をみつつ、とりわけ高齢者、障害者、さらに労災被災者などに対し、在宅、入居施設であろうと、介護、保健医療費を給付する「特別医療費給付法」として、保険制度によって展開、発展をみ今日の事態に対処していることに注目しておきたい。  
佐藤進 1995 「高齢社会と社会的介護政策の現状と課題②」『総合社会保障』1995年3月
- 4) Brenda Morginstin and Nira Shamai, 1984 *PLANNING LONG - TERM CARE INSURANCE IN ISRAEL (LONG TERM CARE AND SOCIAL SECURITY)*, I.S.S.A. Shlomo Cohen, *The Long-Term Care Insurance Law* 1988, *Journal of Welfare and Social Security studies (Israel)*.
- 5) ドイツの介護保険法の研究、紹介文献については、著書、論文多数につき、佐藤進・阪上直子 1996 『高齢者問題文献書誌』（日本労働者福祉研究協会）所収の「III 介護保険（法）制度関係をめぐる主要著書論文」紹介参照。
- 6) Anthea Tinker, 1981 *THE ELDERLY IN MODERN SOCIETY*, LONGMAN.
- 7) 佐藤進 1997 「オランダの『特別医療費給付法 (AWBZ)』などとその改革政策動向から学ぶもの」『総合社会保障』1997年1月、2月号
- 8) 佐藤進 1992 『新訂 世界の高齢者福祉政策』一粒社
- 9) 佐藤進 1981 『医事法と社会保障法との交錯』勁草書房
- 10) Benefits Agency, 1997, *Which benefit-A guide to Social Security and help with health costs*, Benefits Agency.
- 11) 佐藤進 1992 『新訂・世界の高齢者福祉政策』一粒社
- 12) 加藤佳子 「フランスの新しい高齢者福祉政策」『週刊社会保障』1997年7月28日

参考文献

- 佐藤進・河野正輝 編著 1997 『介護保険法』法律文化社  
(さとう・すすむ 新潟青陵女子短期大学教授)