

討 論

司会（小山所長） それでは総合討論に入りたいと思いますが、その前に、いまのコメントに対して何かご発言があればおうかがいしたい。

松原 梶本先生からのご指摘が2点ほどあったと思う。第1点は、ピンカーの図式によれば、日本の医療制度を3にとらえているけれども、それは間違いではないかということである。私がここに書いたように、医療保険方式と自由医業制を取るわが国、というとならば、どちらかという自由医業制ということが頭にあったものだから3というふうにしましたが、財源、あるいは社会保険としての確立ということを考えると、残余モデルというとならばでは不十分だと思うので非を改めたい。どうもご指摘ありがとうございました。

それから3についてだが、私はこれは実は課題として提起したことで、ディスカッションのトピックスとして提示したかったことで、私自身はこれという大きな解決策をもって臨んだわけではない。とりわけ、おっしゃったように3番目の介護される人の地位と役割ということに関しては、供給組織論という立場で、サービスを供給する側としてシステム論を構築していく際にどうも機能本位の考え方になってしまっていて、その結果、される側というものの位置づけ、あるいは特にこれが社会的ケアシステムという意味で、そういう社会的リスクということを考えている際に、その人のもつ社会的役割とか、地位という視点を欠落したままにシステムを構築していくという危惧を感じたので、むしろ自制ということを考えて、介護される人の地位と役割をどういうふうにとらえて、それをサービスのなかに組み入れていくかということの問題提起したかったわけである。

なお、本題でのお話のときに触れられなかったことなので、この点についてもう少し敷衍したい。

たとえば、ケアの場面でも、先ほどの袖井先生のご指摘にあったように、終末期には特に顕著だが、終末期には苦痛の軽減状況とか、死の恐怖、

不安からの解放というような生理、心理レベルのニーズだけでなく、それは意識がどれだけはっきりしているかということにもよるわけだが、より高度な価値欲求というものが、これがあるということがいわれている。

具体的にいうと、その人がその人らしく生き得たという満足感に溢れた生き甲斐、そして尊厳のある、かつ自らの死後というものを手応えにつかんでいるというような死に甲斐、こういうような大きな、それは広がりをもっている。そのことはたとえば、井上俊という社会学者が、死に甲斐の喪失の時代ということで、そういうメンタリティをとらえている著書もあるし、それだけではなくて、多くのターミナルケアの書がそれをやはり明らかにしている。

そういう意味では、先ほどいった「飼いならされた死」ということ、これは原語はフランス語だと思うので、日本語にはちょっとなじまない表現だが、その「飼いならされた死」というものを迎えるためには、尊厳に溢れて、そして死にいく人人の自律性、これが支えられるようなケアというものが用意されるべきだと思う。

そのケアは何も専門サービスだけではなくて、非専門、素人サービスをも意味すると考えるわけである。しかし、とりわけ今日においては専門サービス、そのなかでも医療サービスが生物学的延命のテクノロジーとしてのみその機能が發揮されたときには、この高度な価値欲求充足にはむしろ逆機能に作用するということが明らかになってきた。

こう考えると、医療サービスの在り方なり、保健、福祉の専門サービスの在り方なりを根本から問い直す時代にきているのではないか。そして少なくとも医療の側は、そういう反省をかなりの人達はしはじめている。たとえばキュアからケアへとか、あるいは全人的ケアへというキャッチフレーズで代表されているような文言は、その方向

転換を示しているのではないか。

その人がその人らしく生きて、そしてその生を全うすることを援助するはずの専門サービスが、むしろ本人をサービスの管理下に置き、本人のもっている本来の力を無力化する方向で働くときに、イバン・イリイチはこれを無力化させる専門職、ディスエイブリング・プロフェッションズと呼んでいる。

老いとか、死というものを解体化するのではなくて、逆に価値欲求充足を援助していく方向での専門サービス、これを考えていく際には、まさしく介護される人の社会的な位座と役割というものをどんな形で位置づけるのか。たとえばデイサービスセンターというものは、そういう意味では、そういう人達に、集団のなかでその人達の位座を与えるということで、単に介護のコミュニティにおける拠点という意味合いだけではなくて、社会的な集団をそういうところで提供し、その集団のなかを通して、位座というもの、あるいは関係というものを提供するという、こういう機能がデイサービスセンターなどにはあると思う。

では、そのあとにくるような終末期の人達の、サービスを受けるだけの役割、ケアを受けるだけの屈辱感とか、無為感とか、そういう心理的な要因に対して、介護をするケアの担い手の個人的努力だけではなくて、もう少し何か知恵が働かないかなということであって、先ほどいったように決して答えをもっているわけでは、残念ながらない。

そういうふうな問題意識をご理解していただくことによって、先ほど申し上げた終末期を、飼いならしていくということに結びつくのではないかと、ということで、いちばん最後に触れさせていただいたわけである。

司会 それでは、これからフロアに移しますのでご質問のある方はどうぞ。ご意見でも結構です。手を挙げてご発言ください。

宮澤（一橋大学） きょうのお話をいろいろお聞きしていて、理念論、社会システム論、それから制度比較論、これはいずれも重要ですけど、もうひとつ、具体的な実践レベルで、個々の政策としてどういうものが必要であるかという側面が

ある。そこで、きょうお触れにならなかったことで、最近動き出している2つの例を申し上げて、そういうものをお三方がそれぞれの立場で、どのように位置づけられ、評価されるかということをお聞きしたい。

1つは民間側の例で、もう1つは政府側の例だが、民間側の例では介護保険が最近売り出された。これは簡易保険が最初だと思うけれど、生命保険会社も売り出し、最近は損保まで売り出している。先ほど栃本さんのコメントにもあったが、介護というものを社会保険化する必要があるだろう。その社会保険化という場合、どの程度民間の保険商品にゆだねていいのか。また公的な介入が必要であるのか。とくに損保の場合には、単に保険商品売り出すだけではなく、いろいろな介護サービスを他業種と提携して連結して売り出している。そのような業際化を進めている。

松原先生の4頁にある、4つの政策オプションについて、先ほど2と3の関係のお話がいろいろあったが、こういう政策オプションのなかで、いまのような問題は、公私分担の問題になると思うけれど、そのへんはどう位置づけたらいいのか。これが1つです。

もう1つの例は、1週間ぐらい前の新聞で見ただけで、私も詳しいことは知らないのですが、厚生省が介護機器のレンタル業に融資制度を創設したというのが出ていた。これは社会福祉医療事業団を通じて融資をする。なぜ介護機器を買わないで、レンタルのほうがいいのかというと、介護機器は非常に高いということ、それから人によっては機器を変えていかなければいけないので、レンタルのほうが適応しやすいということで、その融資制度が創設されたということだけれど、こういうレベルの問題はどのように評価をしたらいいか。

たとえば、11頁の袖井先生のご報告に、保健、医療、福祉サービスにシステム化が必要である、なぜかということ、秩序ある依存関係が欠けているのを補うためだといわれている。このシステム化には一般論的なレベルのほかに、いまのような個個具体的なレベルのものもある。そこで、そういうレベルの仕分けをどのように考えたらよいか

ということに関連づけて、何かいまの例についての位置づけ、評価をお聞かせいただきたい。

それから、古瀬先生の場合には、23頁の中長期的課題で、介護費用の社会的負担をどうするかということが①に書かれており、いま前田先生からコメントがあったが、この介護費用の社会的負担でも、自己負担の分と、保険料負担の分と、公費負担の分を、どういうレベルに即して考えなければいけないのか。一般的に費用負担といっても、公費負担と、保険料負担と、自己負担とのバランスということと同時に、どういう具体的なレベルで負担を考えるのか。それにはいまのような保険システムのレベルとか、融資制度のレベルとか、そういう実際上の制度が入ってくると思うので、そのへんのレベルをどのように仕分けをして考えると費用負担の社会的な負担の問題の位置づけができるのか。これは未知の領域だけれど、サゼッションをいただければ大変ありがたい。

松原 個々の2つの例を挙げられてそれに対するレスポンスということだけれど、政府のレンタル業への融資ということは、袖井先生のご指摘もからめて、袖井先生ということのご指名がありましたので、民間部門の介護保険等に関することへのレスポンスということを申し上げたい。

私は、ケアというものは先ほどもいったように、公的な責任を中枢にしながらも民間、それも非営利と私的な部分、私企業の部分ということをしているので、基本的にはこういうものがあって当然だろうと思っている。ただ、いえることは、そういう保険に入れる階層は限られているし、その給付を受ける階層も拠出した人達のみなので、かなり限定されるだろうということがある。

それから、生保、損保の業界の流れを見ると、たとえば生保というのは本当に大きな企業になっている。私達はいまの社会保障制度では安心できないからいろんな保険に入っていくわけだが、結果として、それによって保険会社は大変大きな資金をもつことになり、それで土地を買い占めたりということで、かえってインフレを高めている。そのインフレが大変悪化してきているので、年金だけでは不十分だからまた生保を買うという、そ

ういう悪循環がはじまっている。

こういう現況を見ると、条件つきでのそういうものの活用というか、とりわけ介護の分野に対する活用ということを見ると限界があるのではないか。私は残念ながらマクロの経済も含めて、あるいは土地税制ということも含めての分析力がないので、印象的なことしか申し上げられないが、こういうような悪循環というものがすでに生まれていることを考えると、シルバービジネスのようなものの役どころというのは、かなり限定的にとらえざるを得ないという印象をもっている。

袖井 私も専門家でないので、よくわからないところがあるのですが、まず介護保険の問題ですけど、これはリスクが高いというか、先ほどもいったように、すべての人が要介護状態になるわけではない。ならないで亡くなる方も非常に多い。けれど、なったら大変だということで、そして保険会社はそこに非常にウェートを置いて保険料を高く設定している。だから当たりはずれがある。そして、まだその該当者は出ていませんが、条件が厳しいために使えなかったという人も出てきてしまうと思う。それで、こういうものがどこまで社会的に受け入れられるかというのは非常に問題だと思う。

アメリカでもロングタームケアの保険をやっていますが、それは企業とタイアップして、団体保険という形で保険料を企業がある程度カバーすることによってやっているところもあるようです。そうなれば、そんなに高い費用でなくてもやれると思うけれど、個人で入るととても高いことになって、いま松原先生のいわれたように、掛けられる人と、掛けられない人が出てくる。またその掛金を生命保険会社が不動産投資するという問題もある。私自身は、いまの国家財政などを考えると、こうした保険も必要かもしれないと思うけれど、いまのままのやり方では非常に不公平を生ずるし、何十年か先に損したという気持ちになる人が出てくるのではないか。そのときに保険会社に文句をいったら、それを補償してくれるかということで、そのへんのところが問題だと思う。

それから介護機器のレンタルですが、介護機器

は多品種少量生産ということで、どうしても高いものになる。ですからレンタルというのはいいと思う。そして融資をするのもいいのですが、そのレンタル費を医療保険でカバーするようにすべきで、業者だけに融資して、利用する側は自分のお金でやれということはあまり公平とは思われない。

それから、システム化ということではいろいろなレベルがあるということですが、いまのところ私は整理しきれていないけれど、やはり両方の側から接近していく必要があると思う。供給の側からの公的なもの、市場的なもの、つまり供給源におけるシステム化、そして需要の側においてまずどういうレベルで何が必要かということで積み上げていって、どこかで双方を結びつけるということが必要だと思う。いまのところはそのへんがどうもうまく整理しきれていないけれど、両者の側からの歩み寄りによって、ひとつのモデルみたいなものができるのではないかな。これはちょっと思いつきですが、そういう気がしています。

古瀬 最初の介護保険ですが、日本でこれが出てきた背景は、宮澤先生が「東洋経済」にお書きのとおり、大きい潮流があらうかと思う。日本で議論になったひとつのヒントは、アメリカの生命保険、損害保険だが、私は29頁の表11で、社会保障、生命保険の国際比較というのをつくっておきました。

これは松原先生もちょっとお触れになったが、日本の生命保険の保有金の国民所得対比の数字が出てますが、日本は4倍ぐらいあって、西ドイツ、スウェーデンに比べても大変高くなっている。アメリカはよく誤解されているようだが、健康保険制度は一般の人にはない、メディケアなどはあるが。現在でも民間の保険会社のお金で健康保険をやっている。この民間の保険会社にも入っていない人が、3,600万人から3,700万人、16%くらいいるといわれている。そして、このアメリカ流の生命保険、損害保険のシステムが、日本でうまくいきそうだったところに少し問題があったかと思う。

もうひとつの問題点は、これは少し話が飛躍するようだが、生命保険会社のお金がどこに回って

いるかということである。昨年の経済白書が冒頭に指摘をしているとおり、この資金が世界市場に還流をしていて、いわゆるトピック的に、アメリカにおいても議論になっている。日本のなかで介護費用の公的な安心感がないために、たとえば介護保険は営業的には大変伸びていて、20歳代の方もボケ保険にどんどん入っているわけで、それが回り回って世界経済にも資金の還流として影響を与えはじめているということになっているのではないかな。

介護保険については、大蔵省が保険審議会で大いなる方向を認めて、多様な保険が出ることは意味があると思う。しかし、1つはいまの世界経済への影響、それから公的システムのベーシックな部分を崩す効果があるという点がある。なお、介護保険の問題点はお金ではない。最近ちょっとサービスを加えたものが出てきているが、問題はお金ではない、建物ではない、専門的にサービスのできる人間をどの程度この社会はもち得るかという問題であるのだが、介護保険の問題はこのことを少し忘れさせるようなところがある。

そういう意味で、大きい流れについては、多様なさまざまなものについては、かつての貧困の時代の社会保障とは違うので、意味があるだろうと思うけれど、介護制度を公的にするという意味では、さまざまな問題点をもっていると思う。

それからレンタルのことだが、これはご指摘のとおり、具体的に公民の役割というのとは、一般論ではなくなっている。たとえば、私はデンマークの県立の補助機具のサービスセンターにまいりましたが、これは県立だが、そこにいる職員はリハビリの専門職だが、そこでその方の体に合う車椅子を注文するところには企業の人がいる。そして、私は赤のこの色がいい、この色をつけて欲しいというと、企業の人がそこでつくってしまう。そういう仕組みになっている。福祉機器のように非常に小さい数のものについては、ある程度のサポートは必要だけれど、その人に合うように靴をつくるようにやるという意味においては、企業は非常に優れていると思う。

スウェーデンでは、輸送の問題は会社でやって

いる。全体の輸送システムが非常に込み合っているときに、そこに介護システムだけの輸送システムが入るとするのは大変非効率だが、スウェーデンの場合には誰かをどこかへ運ばなければいけないという判断は公がするけれど、判断があると、そこへ株式会社が、輸送会社が出てくる。その地域について、そこを取り仕切っている会社があるので、むしろそのほうがうまくいく。

日本においても、たとえば入浴サービスについては、幾つかの株式会社による入浴サービスが大変大きな効果を上げているということは知られているとおりでである。最近では少し弊害のほうが大きいかもわかりませんが。

そういうことで、入浴はどうする、輸送はどうする、機器のうちでもどの程度のものはレンタルでいく、どのようなベーシックのものは公的にするという議論をすべき時期に、私はきていると思っている。

星野（都立大学） 古瀬先生の表についてちょっとかがいたい。介護という言葉が先ほどちょっと問題になっておりましたので、疑問に思ったのですが、表3と表8で、ドイツの場合について、

表3 年齢階層別入院患者（1984，西ドイツ）

年齢階層	人口比	入院患者	平均入院日数	介護日数
～6歳	5.8%	7.6%	9.08日	5.1%
6～18	14.2	10.8	9.87	7.9
18～45	40.1	33.0	11.30	23.8
45～60	19.6	17.1	14.79	18.8
60～65	5.6	6.5	17.62	8.5
65～	14.7	24.2	19.58	35.2
合計	100.0	100.0	13.91	100.0

資料：Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Jahresgutachten 1987, S. 110.

表8 老人ホーム職員の増加（ヘッセン州，常勤および非常勤）

	1975年	1984年	増加率
職員総数	9,558人	14,340人	+50.0%
介護担当	4,209	8,064	+91.6
看護婦	1,037	1,238	+19.4
老人介護士	904	1,760	+94.7
介護助手	1,499	1,261	-15.9
その他	698	3,539	+407.0
リハビリ	71	266	+274.6

資料：ヘッセン州，Jahresbericht 1985/86, S. 72.

介護という言葉が出てきていますが、これは元の言葉はどういう言葉であったか、ちょっとご紹介いただきたい。

もう1つは、表の8でその他というのが大変大きく伸びている。元が小さいから、増加率が高いといえそれまでだけれど、1984年ではその他がいちばん大きな数になっているので、その他で切ってしまうとよくわかりかねますので、その中身がもしおわかりでしたら少しご紹介をいただきたい。

古瀬 介護についてはいろいろな概念を日本ではまだ整理中だと思うけれど、いまお尋ねのドイツの点については、表3はプフレーゲであるので、日本で考える介護よりは少し広いかもわかりません。いずれにしても入院をしていた人の総日数を表す概念で、プフレーゲという概念の介護です。表8についても、介護はいずれもプフレーゲである。日本の介護より少し広いのではないかと思うけれど、そうはいっても日本の看護ズバリではない。ちなみに老人介護士がアルテンプフレーガーということになっていて、これが介護福祉士に類似した制度だと思う。

それから、ご指摘の「その他」だが、これはヘッセン州のベリストを見ても如実にはっきり書いてあって、老人介護士という制度を70年代の半ばにつくって、これを大いに増やしているけれども、実情としてはその他無資格者に大幅に頼らざるを得ないということになっている。そのその他の内訳は詳細にはそこには出ていないけれど、これはこのままの数字として、資格者も増えているが、無資格の各層の人が出てきているというふうにお読み取りいただくのがよろしいかと思う。

真屋（日本大学） 先ほど介護保険の問題が出ておりましたので、それに関連して、私見になるかと思うけれど述べさせていただきたい。

枋本さんのコメントに、介護の社会保険化といったご提案をなさったように思うけれど、私など保険のほうを中心に勉強をしている者の立場からすると、医療保険の場合もそうだが、現物給付とか、サービス給付を中心にした保険システムは、基本的に機能しにくいという側面をもっているの

ではないか。そういう意味で、介護にかかる費用を中心にした保険ということであれば、可能性として十分なりたち得ると思うが、サービスそのものを提供するということになる、少し問題が違って来るのではないか。

それから、民間の介護保険についての、宮澤先生のご質問に対する、きょうの報告者の皆さんのお答えについての、若干の感想だが、民間の現在の介護保険の保険料が高いか、安いかについては、これはまた別の議論があるかと思うけれど、わが国の生命保険においては、養老保険ということで、生きていても、死んでも、どちらでも保険金がもらえる、俗にいう掛け捨てにならない保険が従来の主流だったのだが、保険のそもそものシステムというのは掛け捨てを中心に行っている。それで、結果的に寝たきりの状態とか、痴呆の状態にならずに、掛けた保険料に相当するものが戻ってこないという状況があったにしても、これは決して損になったわけでも何でもなし。そうした状況に備えて負担した保険料は、危険を処理するためのコストと考えるべきで、お名前を出してはどうかと思うけれど、袖井先生のおっしゃった、保険についての理解の仕方というのは少し保険学を勉強している者の立場からすれば異論を差しはさまざるを得ない。また、ほかの方々にもいろいろお話しされる機会もあると思うので、いま少し改めて、正しい保険についての認識をもていただくようなご発言をお願いしたい。

ただ、いまの民間の保険会社の在り方がすべて正しいと私は思っているわけではない。むしろそれに対しては、批判的な考え方をもっている。

なおその点で、古瀬先生のご指摘に対して1つ付け加えさせていただくと、生命保険会社もっている膨大な資金が世界経済に資金として還流され、影響を及ぼしているとおっしゃった。これを否定する者ではないが、たとえば、これはご覧になった方もいらっしゃると思うけれど、先日NHKでマレーシアの化学工場の放射能汚染の問題をやっていた。あそこの大きな株主というか、事実上の株主は日本の三菱化成で、その三菱化成の大株主というのは、日本の大手生保会社5社、

それから損保会社1社である。つまり日本の生命保険会社は、一方において福祉を標榜しながら、他方においては公害会社に融資をしている。そういう現実も、これは否定できない。

そういう面では、松原先生のご指摘になったように、生保会社が地価高騰の元凶であったかどうかはわからないが、ややそれに近いような状況で、場合によっては世界的規模でもやっているのではないか。ただ、それがわれわれの目には、あるいは一般の人達の目には触れにくい面があるということとは否定できないのではないか。

これは、介護保険に関連して、保険学を中心に勉強をしている者の立場からの感想である。

なお1点、古瀬先生にちょっとお尋ねしたいのだが、私はヨーロッパのことはあまり詳しくないので不正確な認識かと思うけれど、古瀬先生はテレビとか、医療の問題を例としてお挙げになって、イギリス、フランス、ドイツ、デンマークなどは、国営というか、公共放送とか、あるいは公営医療という形で運営されているのが、日本との大きな違いだと総括をされたと思う。これらの国をひっくめて総括なさったわけで、細かい点については省略をされたと思うが、私が若干知っている、たとえばイギリスについて申し上げると、テレビについては民間のものもある。これは日本とは比べものにならないし、もちろんアメリカとは比較にならないが、たとえばチャンネル4とか、ITVといった民放が2つ存在している。医療については、NHS体制の下での国営、あるいは公営の病院が中心になっているが、最近ではアメリカ資本を中心にした病院のチェーンの展開もかなり急速に進んでいるということも聞いている。また、いわゆる非営利の形のボランティア・ホスピタルとか、そういったものもずいぶんあるように聞いている。それから、何よりも大きな、とくに最近における特徴の1つは、イギリスにおいても民間の医療保険に加入する比率が急速に伸びてきていることである。はっきりとした数字は記憶していないが、4、5年前で8%、約10%近くの国民が何らかの形で、団体保険なども含めてであるが、医療保険に加入しているという資料を目にしたこ

とがある。

そんなことを考え併せると、ヨーロッパ諸国においても、ベースとしての公的な保障だけでなく、さまざまな形で、イギリスのほか、ドイツ、フランス、デンマーク、スウェーデンというところでも、民間の活動がかなり大きな比重を占めているのではないかという気がする。

そこで、そのあたりについて何か適切な事例とか、情報をおもちであればお教えいただきたい。

栃本 それでは私のほうから最初に申し上げたい。先ほどはちょっとエンジンのかかりが悪かったので、あまりうまい説明ではありませんでしたが、私が申し上げたかったのは、介護サービスの費用を見るための保険ということである。たとえば、医療保険制度であれば社会保険診療報酬制度という制度があって、それに基づいて医療サービスとか、そういうものは、自由開業制の下で提供される。だけど、そのサービスであるとか、現物給付であるとか、手術であるとか、そういうものの費用を社会保険的に見る。それと同じことを介護についても入れられるのではないかということである。

そして、これは先ほどの宮澤先生のお話とも関係があると思うけれど、たとえば年金であれば、国民年金の基礎的部分、公費部分、国が見る部分があり、それから社会保険で見る部分があり、さらに所得比例部分というのがあって、この両者は社会保険でやっている。そしてさらに、企業年金であるとか、生命保険がやっている個人年金がある。そういう組み立てに年金制度でいえはなっている。

そしてわが国の場合、その公費部分というのは、私自身は十分ではないと思っているけれど、一応はある。ただし肝心の本体、中核に当たる社会保険部分が、介護についてはできていない。それができていないところに、たとえば、年金でいえば個人年金に相当する部分であるとか、企業年金に相当する部分だけをつくっても、これは商品としてもそれほど売れないだろうし、またいま損保の売り出している介護保険では、サービスというものをつなげる努力はされているようだけれど、

なにせ供給体制が整っていないわけなので、供給体制を整えるためにはやはり社会保険財源を使わざるを得ないのではないかと。

それから、生命保険によって集めたお金が海外でいろんな使われ方をしているというお話があったが、要するに、社会保険財源でそれを見るということは、きょうの議論でもあったわけだが、ヨーロッパの社会サービス、福祉サービスを必要とするような社会に、日本が急激に突入するということである。そこで、そのための基盤整備をしなければいけない。社会保険財源を使って、その基盤整備に充てる。ケアのための基盤整備に充てる。実際はどうかかわからないけれど、海外の経済摩擦とか、そういうほうにお金が行くのではなくて、国内の社会サービスの基盤整備に充てることが、社会保険財源化によってできるのだということである。

それから、レンタルによってやるものについてだが、たとえば、いま民間企業でやっているものを見ても、実際に借りている期間は、3分の1は3ヵ月程度で、平均すると9ヵ月程度で戻ってしまう。つまり、買い取りよりはレンタルでやったほうが、利用者にとっても都合がいい。そこで民間企業が入ってくるのは当然ではないかということである。

また、介護機器とかそういうものは技術的に日進月歩だし、そして利用者をつくり手とのコミュニケーションというか、連絡が密であればあるほどいいわけなので、そういう意味で民間企業の利点を生かして、レンタル会社に利用料の補助を公的にするということがいっこうに差しつかえないと思う。

古瀬 ヨーロッパの話だが、きょう詳しくそういうことを議論する場ではないと思うけれど、いずれにしても、公私の役割を議論するときには、最近経済学でスティグリッツなども実証研究をしているように、従来のパターンで公私というものを議論するのはいかがかなと思う。

たとえば、日本の民間放送において、受験産業の広告があってもみんなが驚かないとか、あるいはカプセルホテルというのがあって、これが非常

にはやっているとか、名古屋のほうで1日1,000円出せばヘルスセンターでお年寄りが泊まれるとか、だから月に3万円ですか、そういうことがあってもあまり議論にならずに、やむを得ないなということで流れているというようなことは、ヨーロッパではない。

テレビはイタリアなどは民間があるし、民間のものが少しずつ出てきているけれど、私のいいたいのは、全世界的に見た場合、日本のように、そこまで企業に頼るというようなやり方をしているのは珍しいのではないかということである。ものによっては企業ズバリのものもあるけれど、介護サービスのようものの基礎的なものについては、ある程度ベーシックなものを公共的に提供すべきではないかという意見の1つとして、対比をさせる意味でお話をしたわけである。

袖井 ちょっと先ほどしゃべり忘れたことだが、レンタルの問題についていえば、これもレンタルか買い取りかのジレンマがあると思う。介護期間がどのくらいになるのかわからないのだけれど、レンタルと買い取りでどちらがお得かという分岐点がある。私は個人的には全部レンタルにしたほうが良いと思っていますが、そのへんが介護者としてのジレンマで、ずうっと長くなってしまって、「ああ、あのとき買っておけばよかった」ということも起こってくる。

それから、介護保険について、いちばん問題なのはボケで、これは生命保険会社自体が非常に危機の念をもっている。ボケの判定については長谷川式スケールとか、いろいろあるけれど、いまひとつはっきりしない。もちろん医者がいって診るということになっているが、ボケははじめのころは知らない人に対してはかなりまともな対応をするから、そういう場合に払うか、払わないかというトラブルが起こり得る。保険は掛け捨てで、そうならなければならないことだけれど、それでも払った側としては、うちのほうとしてはボケだと思いのに、向こうの基準ではそうではないといわれたということでトラブルが起こるのではないか。これは保険会社自体が、非常に危機の念をもっているところですよ。

堀（社会保障研究所） いまの掛け捨ての問題についてだけコメントをさせていただきたい。日本人というのは、保険料の掛け捨てというのは嫌うということがあるようで、掛け捨てでない商品を選ぶ。それで介護保険にしても、掛け捨てを防ぐために幾つかの仕組みが設けられていることは真屋先生もご承知だと思う。たとえば、65歳までに介護を要するような状態にならない場合、あるいは75歳、80歳と、そういう節目、節目ごとに健康長寿祝い金を出している。

そうすることで、保険の理論からいって、一般的には掛け捨ては当然だという議論のほかに、日本の国民性として、掛け捨ては嫌うということやちゃんと保険会社は知っていて、そうしないような仕組みがあるということや、ちょっとコメントしておきます。

市川（筑波大学） 小山先生にご要望申し上げます。きょうは介護システムということで、介護を要する状態になってしまったからの話のことで、すからこれでいいわけですけど、本当は介護を要するような状態にならない方策を講ずることも非常に大事だと思う。いま脳卒中で死ぬ人は減っています、病院で寝ている人は増えているが。おそらく、高齢化社会で恐怖感をもって語られる病気の1つは痴呆だと思う。この痴呆の研究が、その予防がどれだけ進んでいるかということとはよく知らないけれど、癌の研究費と比べたらこれは1桁以上少ないと思う。そしてお医者さんの立場からいったら、免疫のメカニズムとか、DNAの研究のほうが面白いから、どうしてもそちらのほうに研究費がたくさん出ることになるのでしょうけれども、老人ボケの防止とか、アルツハイマーの原因の研究のほうにも大いに研究費を回すように、声を大きくしてひとつ小山先生におっしゃっていただきたい。

それから、薬屋さんの医薬品関係の人に聞くと、マウスはなかなか老齢痴呆になってくれないからやりにくいとか、ワン公はなかなかアルツハイマーにならないので駄目だということやうのですが、そういうことがあるかもしれませんが、脳神経疾患関係の防止の薬としては、脳の血のめぐ

りをよくするというような薬しかないということ
を聞きましたが、もう少し全世界の医学界がしっ
かりいっしょになって頑張れば、いずれ何とかな
るのではないかという気もするので、そこで小山
先生に声を大きくしていただきたいということを

お願いしたい。

司会 いや、どうも。

ほかにご質問がありますか。なければ時間もま
いりましたので、これできょうのシンポジウムを
閉じさせていただきます。