

サブシディアリティ原則と介護保険

池田省三

I 補完性原則

ヨーロッパで普遍的に承認されている原理として「サブシディアリティ」——Principle of Subsidiarity という考え方がある。補完性原則と訳されるのが通例だが、支援の順序という意味も有している。本来はカトリック原理であり、1931年、法王 Pius XI が社会回勅「Quadragesimo anno」において示したものであるが、人間の尊厳を個人の自立に求めた上で、「問題はより身近なところで解決されなければならない」とする考え方である。

回勅では「個人がその発意と資力によって果たしうる仕事を奪って共同体に移管することができないように、下級団体からその果たしうる役割を奪って、これをもっと広範でもっと高次な集団に託することは、不正をおかすことであり、社会秩序をはなはだしく害し乱すことである」¹⁾と述べている。ドイツ社会保障総覧では、この補完性原則について、「個人のイニシアティブと自助が、そして、自律的な制度運営者と非国家的な組織が優先する」²⁾と説明している。

近年、サブシディアリティは地方分権においても重要な概念として用いられている。全世界的な地方自治のガイドラインは、2001年にも国連総会の特別セッション（開催地はイスタンブールの予定）で「地方自治世界憲章」として成立する予定であるが、この憲章のキーワードのひとつがサブシディアリティである。1998年に公表された世界地方自治憲章のドラフト第1版は、「サブシ

ディアリティの原則にしたがい、公的責務は一般に市民に最も身近な地域の自治体により担われること」と謳っている³⁾。

II 社会保障制度における支援の順序

社会保障制度においては、補完性原則は、自助—互助—共助—公助という支援の順序として理解できる。なにか問題が生じて解決を迫られたとき、まず求められるのが自助努力であることはいうまでもない。これに家族、隣人などが手を差し伸べる。このインフォーマルな援助が互助である。自助、互助でカバーしきれない場合、システム化された自治組織が支援する。この自治組織は、かつてはヨーロッパにおいては教会、わが国においてはムラ（村落共同体）が大きな役割を果たしたが、近代化、都市化が進むなかでいずれの機能も衰退し、代わって職域の自治組織によるセーフティネットが登場し、多くの国では社会保険という形態に収斂していった。これは行政とは区別された自治組織であり、共助と呼ぶべきシステムである。そして、この共助システムに包括されない者、あるいはなお解決し得ない場合のみ、行政の保護、すなわち公助が発動する。

社会保障におけるこうした補完性原則は、ヨーロッパ固有の考え方ではなく、わが国においても普通に見られるものである。

たとえば、所得保障についてはどうであろうか。まず本人の勤労による収入が大前提であり、専業主婦や子どものように収入がない者は、家族内部の互助により支えられる。家計の担い手が失業し

た場合、民間サラリーマンであれば、雇用保険という共助組織から失業給付が支給される。雇用保険は民間サラリーマンの共助組織であるから、原則的に失業の恐れのない公務員、自営業者には適用はない。死亡や障害、老齢により収入を絶たれた者については、民間サラリーマンは厚生年金保険、公務員等は共済組合、自営業者等は国民年金など、職域に分立した共助組織から、遺族年金、障害年金、老齢(退職)年金が給付される。そして、これらのセーフティネットでもカバーできないものについては、最終的に行政が生活保護を適用することとなる。自助-互助-共助-公助がシステムティックに動いているわけである。

ただし、わが国においては、国民健康保険、基礎年金等には、かなりの租税が投入され、所得再分配機能が付加されている独特の財政構造になっている。つまり、折衷型システムであって、共助と公助の区分が曖昧になっているという特徴がある。しかし、被用者保険においては、基本的に保険料を財源としており、共助システムとしての性格が強い。とくに医療保険の場合は、大企業や公務員においては、企業ごと、省庁・都道府県ごとに分立し、自治組織としての共助システムの性格はより鮮明になっている。

III 高齢者介護と自助不可能性

ところで、この四半世紀に社会問題化してきた高齢者介護については、この自助-互助-共助-公助というシステムがない。自助と互助が歪み、共助は存在せず、公助のみが細々と提供されてきた。

要介護状態となった高齢者の自助とは、残存能力を活用して、自立した生活を維持、向上させることであるが、そのためには本人の有している所得や資産を活用して介護をはじめとする様々な生活サービスを求めるといえることが必要となる。しかし、わが国の高齢者は、資産はもとより所得さえ本人の意のままにならないことも多い。

たとえば、次のようなケースは珍しいものではない。老父、息子夫婦、子ども2人という三世代

同居世帯があり、老父は厚生年金22万円程度を受給、息子は民間の中堅サラリーマン、妻は主婦パート、子どもは中学生である。この家庭で、老父が痴呆となり、家族介護が困難なために、特別養護老人ホームへの入所を相談する。ところが、特別養護老人ホームの利用料は、本人、世帯主の所得によって決定され、低所得世帯の場合は低廉な利用料で済むが、年金収入のある祖父のケースはきわめて高いものとなる。老父と息子夫婦を世帯分離したとしても、毎月18万円程度の利用料が求められた。息子夫婦は、この利用料の家計負担は困難であるとして、老父を老人病院へ入院させることとした。

しかし、老父は22万円の年金収入があるから、実際は負担可能なのである。このケースは、いわば典型的な「経済的虐待」なのであるが、わが国においてはほとんど問題とされない。

土地、家屋を担保に、ケアサービス費用を借り、死後資産で精算するという方法もあるが、遺産処分にかかわるものとして、相続人の承諾が必要とされ、その承諾は必ずしも容易ではない。生前に土地、家屋を売却して、ケアサービス費用に当てようとしても、不動産売却への課税はきわめて厳しいから、現実的に選択できない。

かりに所得、資産を活用できたとしても、これまでは基本的に行政がケアサービスを独占しており、そもそもサービス市場が形成されていないから、手軽に調達することはできない。

つまり、わが国においては、高齢者介護に関する自助がほとんど不可能となっていたのである。

IV 高齢化の進展と失われた互助

このように高齢者自身の自助が困難となっているため、本来互助の立場にたつべき家族が自助に巻き込まれ、本来の自発性と献身、そしてゆとりによる互助は失われていく。

介護は伝統的に家族の役割と考えられており、多くの要介護高齢者は家族とともに生活を送ってきた。それはもともと互助の世界である。

たしかに、かつては倒れてから亡くなるまでの

期間が短く、献身的な「最期を看取る介護」が可能であり、大家族制もこれを支えてきた。つまり、家族による互助は可能であったといえる。しかし、この四半世紀の医療技術の進歩は「寝たきり」になってからの寿命を大きく伸ばし、「寝たきり高齢者」の半数は3年以上寝たきりという状況になっている。加えて、単身高齢者や高齢夫婦世帯も増大しており、三世代家族においても家族構成は小規模化し、家族の介護力は大きく低下した。

しかも、介護の担い手は女性、高齢者に集中している。厚生省の「国民生活基礎調査」(1995年)で、介護者のプロフィールを見ると、子の配偶者が34.1%を占め、続いて配偶者が27.0%、子が20.2%となっている。介護者の80%以上は女性であり、嫁、妻、娘が介護の主な担い手なのである。しかも、介護者の高齢化も顕著であり、介護者の約半分は60歳以上となっており、70歳以上だけでも22.0%という割合になっているのは注目すべきであろう。いわゆる「老老介護」という現象である。50歳以上で見れば、介護者の4分の3以上を占めることとなる。

要介護高齢者の寿命の伸び、介護者の高齢化という現象は、家族介護を過酷なものへと変化させ、その結果、「介護地獄」という言葉も生み出した。こうした現象は、わが国の高齢化に伴って生じた「歴史上初めての経験」である。

長期にわたる過酷な介護を特定の人間に強要することを、互助と呼んではならない。互助は、援助する者のゆとりと自発性、献身性によってはじめて成立するものだからである。

かくして、本人の自助不能という状況のなかで、家族は本来の互助という位置を失い、過酷な介護地獄へと巻き込まれる。それは、本人も家族も望むものではない。

V 社会的入院と共助の歪み

高齢者介護についての共助システムは、これまでは存在しなかった。

しかし、医療における共助システム、すなわち医療保険制度が歪んで利用され、多数の「社会的

入院」という現象を生み出した。社会的入院とは、「慢性疾患等によって心身の障害を来し、要介護状況に陥った者が、医学的には病状が安定しているにもかかわらず、介護者の不在等の理由によって長期間にわたり病院に入院している状態」⁴⁾とされているが、なかには介護を必要としない高齢者すら含まれている。

社会的入院の総数について、信頼すべき調査はないが、日本医師会からは「6ヵ月以上入院の老人は30万人、うち退院可能な老人はその45%の13万6000人」⁵⁾という発言があり、日本看護協会からも「現在病棟で行っている処置が訪問看護で対応できれば在宅療養が可能と判断した患者は全体の49.9%」⁶⁾という調査報告もなされている。これらを勘案すれば、長期入院高齢者の半数程度は「社会的入院」と見てよいものと考えられる。

老人病院における高齢入院者への処遇については、病院により格差はあるが、決して望ましいものとなっていないことは、医療関係者自身も認めている。

86歳の母を入院させるため、民間の病院を探し回ったある主婦は、新聞の投書で次のように老人病院を描いている。その風景はとくに珍しいものではない。

「一室に十人ずつ、すき間のないほどベッドが並び、仕切るカーテンさえない病院、皆が押すと手が足りなくなるからとナースコールのボタンもなく、ベッドから落ちる人はそのまま床に寝かされている。見学の私を見るお年寄りたちの顔には笑顔どころか、表情もない。ある病院では容体をよくする積極的努力はしません、とまでいわれた。……ようやく四件目に介護保険の認定基準に合わせてたてられた病院に出会えた。すべて四人部屋だが、私物もわずかに持ち込めるスペースがあり、明るく、介護人の数も多い。しかし、ここでも朝食は午前八時に菓子パンとみそ汁、夕食は午後四時半に持ってくるという」⁷⁾。

老人病院に空きベッドはなんとか見つけることはできる。医療保険や老人保健の自己負担は、本人負担月額3万円、食費が2万2800円であり、

家計で負担できない額ではない。もっとも、お世話料と称する保険外負担は普通で、その額は首都圏では10万円を超えるものも多い。しかし、介護負担の解消のためには、その程度の費用負担を引き受ける家族は少なくない。家族介護はそれほどまでに深刻である。

一方、この「社会的入院」の社会的コストは膨大な額となっている。厚生省の推計によれば、一般病床の医療費用は月額50万円を超えるものとされている。介護保険においても、療養型病床群入院の1人当たりの費用は、平均43万1000円の介護報酬が支払われることとなっている。かりに15万人が社会的入院であるとするならば、「お世話料」を含めれば、1兆円に近い金額となる。この費用の多くは、医療保険料を財源としているが、同額の財源を在宅介護サービスや施設介護サービスに投入すれば、かなり高い水準の介護サービスが可能である。つまり、需要と供給のミスマッチとなっている。

「社会的入院」は、高齢者の生活の質からも、社会的コストからも、不合理なサービスに堕している。これが共助の歪みともいうべき現象である。

VI 「こころのバリア」としての福祉

公助システムとしては「措置制度」が用意され、細々と介護サービスが提供されてきた。しかし、この制度は租税を財源としたものであり、基本的には国が4分の1、都道府県が8分の1、市町村が8分の1を負担して、市町村ごとに高齢者福祉予算を組み、その予算の範囲内でサービスを提供することとなっている。つまり、予算はあらかじめ決定されているから、需要によって供給が決定される仕組みではなく、供給が需要を管理する仕組みとってよい。

したがって、介護を必要とする高齢者すべてにサービスが提供されるということは、もともと予定されていない。サービスの対象、種類と量は、市町村が行政裁量で決定することとなっている。つまり、受給者は、市町村によって選別され、限定された高齢者となる。サービス提供の優先順位

は、基本的に扶養関係と所得が基準となる。単身の高齢者が要介護状態となり、介護する親族が存在しない場合は、生命にかかわる問題であるから最優先され、夫婦のみの高齢者世帯も優先順位は高い。さらに、一定以上の所得のある世帯は自助で対応できるはずだと判断され、生活にゆとりのない低所得者が優先される。

介護サービスの利用料は、所得によって異なるが、無料、低廉な利用料負担の高齢者が多く、実際の介護サービス受給者が低所得者に偏っていることがうかがえる。

近年、所得に関係なくサービスを提供しようとする市町村も増加しているが、今度は、「福祉は社会的に恵まれない人へのサービス」であるという認識と、「お上の厄介にはなりたくない」「福祉のお世話にはなりたくない」という意識が醸成されているから、ニーズは顕在化してこない。

たとえば、1963年に老人福祉法に位置づけられた特別養護老人ホームは、「常時介護を必要とし、在宅生活が困難な高齢者」であれば、所得に関係なく入所できる施設とされ、「救貧主義」から脱却し、「普遍主義」への転換を図ろうとする意図が見られた。しかし、実際は主に低所得者が利用している。その理由は、利用料が所得に応じて決定され、中間所得階層の負担は、医療保険などに比して、かなり重いものとなり、利用しにくいという側面もあるが、「老人ホームに親を入れる不孝者」視されることへの抵抗感も強い。病院への入院のほうが、まだ「世間体がよい」ということにもなるのである。

皮肉なことに、ここでは「福祉」は「こころのバリア」となっているのである。

VII 新たな共助システムとしての介護保険

介護保険は、従来の措置制度の延長上にある制度ではない。それは、全く新しい制度の創設である。すなわち、補完性原理を踏まえ、高齢者介護の世界で空白となっている部分に、共助システムを新しく導入するものである。

介護保険は、40～64歳の要支援・要介護者も、

○支援の順序(補完性原理)

自 助	互 助	共 助	公 助
-----	-----	-----	-----

○支援の主体

本 人 勤労所得 資産	家族・近隣 インフォーマルな支援	自治組織 教 会 地域共同体 職域共同体	行 政 国 地方自治体
-------------------	---------------------	-------------------------------	-------------------

○ドイツモデル

本 人	家族・近隣	社会保険	社会扶助
-----	-------	------	------

○アメリカモデル

本 人	家族・近隣	NPO 老人医療=メディケア	メディケイド
-----	-------	-------------------	--------

○北欧モデル

本 人	家族・近隣	コミュニン 住民税によるサービス	社会扶助
-----	-------	---------------------	------

○所得保障モデル(日本)

勤 労	家族・血縁	雇用保険 障害・遺族年金 老齢年金	生活保護
-----	-------	-------------------------	------

○医療保障モデル(日本)

健康管理	家族	医療保険	医療扶助
------	----	------	------

○高齢者介護(旧制度)

家族介護	ボラン ティア	社会的 入 院	措置制度
------	------------	------------	------

○介護保険(日本)

本人 (所得・資産)	家族・近隣 ボランティア	介護保険 (市町村)	社会福祉
---------------	-----------------	---------------	------

出典) 筆者が作成。

図1 補完性の原則——支援の順序

限定的に「加齢に伴う疾病による要介護状態等」については保険給付がなされるが、制度的枠組みとしては「高齢者の共助システム」という性格を有している。

その保険者は市町村とされ、介護保険財政は市町村のなかで完結する。したがって、高齢者が受ける介護保険サービスと高齢者の保険料は完全な対応関係にある。図2に日本の千分の1の自治体における財政とサービスのフローチャートを示したが、介護保険は、利用する介護サービス総額の88%を保険財政でまかない、そのうちの17%分の財源を高齢者が第1号保険料として負担する⁸⁾。

保険財政の83%については、40~64歳の現役世代が、医療保険料とともに第2号保険料を納入し、これは社会保険診療報酬支払基金に全国プールされ、そこから各市町村の介護保険財政の33%分が拠出される。これに加えて、介護保険財政の50%分は、国4分の1、都道府県8分の1、市町村8分の1の割合で公費が交付される。つまり、高齢者の保険料を基礎として、現役がその約2倍の拠出金、公費が約3倍を負担する仕組みとなっている。

したがって、高齢者は負担した保険料額の約6倍の介護サービスを楽しむことができるわけである。図2は、全国平均レベルの自治体を想定しているが、かりに利用できるサービスが2倍あるとすれば、その自治体の第1号保険料は5800円強となるが、同時に第2号保険料からの拠出金も公費による交付金もすべて2倍となって、必要財源が保障される。65歳以上の高齢者が応分の保険料を負担しさえすれば、不足する83%分については、40~64歳の現役世代の保険料と租税により、常に全国的な支援を行う仕組みなのである。

保険給付量は上限があるが、その上限額の設定は市町村の自治に委ねられている。つまり給付水準、したがってまた保険料水準は、市町村の住民によって決定される。

こうした財政構造は、介護保険制度が、市町村という地域における高齢者の共助を基礎とし、現役世代と公費(全国民)による支援を統合したシ

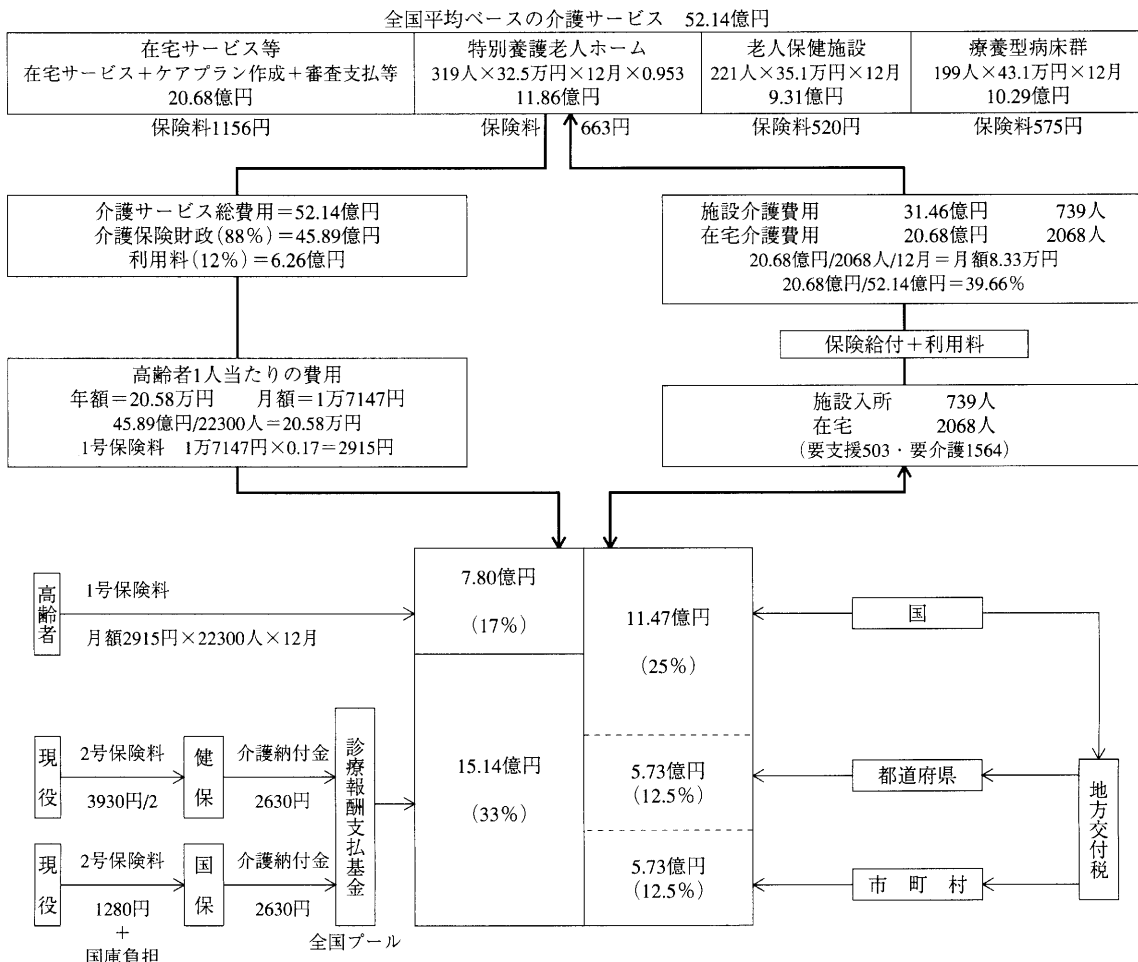
ステムであることを示している。現役の拠出金と租税が投入され、世代間の所得再分配が行われているから、公助との折衷型ではあるが、高齢世代にとっては共助システムの枠組みとなっているわけである。あるいは、40~64歳の第2号被保険者も、親の介護に直面する世代であることを考えると、共助の幅をさらに広くとらえることもできよう。

VIII 自助・互助の回復と公助による補完

介護保険という共助システムを導入することにより、社会的サービスが普遍的に提供され、その結果、本人、家族の負担は大幅に緩和される。過酷な介護を強いられていた家族もゆとりを取り戻し、ここで本来の互助の立場に立ち帰ることができる。高齢者に対するこころの支えは、ゆとりがあつてこそ可能だからである。

さらに、介護保険は、さしあたって在宅介護サービスに限っているが、民間セクターの介護サービス提供を全面的に開放し、サービス市場を形成していくことを目標としている。さらに、医療保険と異なつて、介護保険は「混合介護」を認めているからから、高齢者が望めば、年金収入や資産により、保険給付外のサービスを購入し、より質の高い生活を選択することもできる。ここで、自助も甦るわけである。

一方、介護保険の給付水準は、要介護高齢者のニーズをすべて満たすものではない。在宅サービスの保険給付は、施設サービスに要する費用を上限としており、それ以上のサービスは、本人の自助、家族の互助が期待されている。したがって、単身の要介護高齢者が在宅生活を送るには困難な金額にとどまっている。もちろん、生存権、生活権は、施設に入所すれば保障されるが、市町村の政策判断により、個々人の置かれた環境を勘案し、必要な要介護高齢者に対して、公費でサービスを追加することも可能である。これは、社会保険を社会福祉が補完するということであり、共助と公助のシステム化も可能なのである。



- 注) 1. 金額は2000-2002年の3年間の平均である。総費用52.14億円は第1号保険料2915円から逆算した。
 2. 在宅・施設の要支援・要介護高齢者等の人数は厚生省「介護サービス量の見込み」による。
 3. 第2号被保険者の1人当たりの介護納付金は月額2630円。保険料率は政管健保で0.95% (労使折半)、組合健保で0.88% (負担割合は労使で決定)、国保被保険者の保険料額は1280円となる。
 4. 端数処理のため合計が合わないことがある。

●在宅の要支援・要介護者全員に完全給付した場合			
要支援 503人 × 6.15万円 × 12月 = 3億7121.40万円	在宅介護2068人	43.64億円	} 小計
要介護1 752人 × 16.58万円 × 12月 = 14億9617.92万円	ケアプラン等	6.50億円	
要介護2 340人 × 19.48万円 × 12月 = 7億9478.40万円	施設介護 739人	32.61億円	} 50.14億円
要介護3 215人 × 26.75万円 × 12月 = 6億9015.00万円	合計	82.75億円	
要介護4 148人 × 30.60万円 × 12月 = 5億4345.60万円			
要介護5 109人 × 35.83万円 × 12月 = 4億6865.64万円			
82.75億円 × 0.88 (実効給付率) × 0.17 (第1号被保険者負担率) ÷ 22300人 (高齢者人口) ÷ 12月 = 第1号被保険者の月額保険料 4626円			

図2 日本の千分の1モデル (人口128,000人 65歳以上人口22,300人 高齢化率17%)

IX 介護保険への誤解の背景

介護保険は、誤解に満ちた批判にさらされてきた。一方では、「家族が老親を扶養する努力を放棄する制度」⁹⁾であるという批判がなされ、他方では「家族介護を前提とした保険給付にすぎない」¹⁰⁾という批判がなされる。このふたつの批判は、全く対極にあるように見えながら、実は同一の認識構造によっている。

なぜならば、補完性原則に立てば、標準的な介護サービスについては、介護保険という共助の制度が提供するが、本人にも自立への自助努力が求められ、家族の支援という互助も期待されており、自助、互助が困難なケースのように、なお問題が残るときは行政の援助が用意されるからである。問題は、このシステムをいかに効果的、効率的に作動させるかという点にある。効果的、効率的に作動するためには、家族は重要な役割を果たす。医療サービスにおいても、専門分野のサービスは医師に委ねられるが、本人の努力や家族の支援が無用なわけではない。ふたつの批判は、高齢者介護に家族が無縁となるというあり得ない前提に立った批判にすぎないのである。

あるいは、社会保険方式か、それとも租税負担方式かという論争を見ても、補完性原則を理解していない論議が多い。「社会保険か、租税か」という論議は二次的な問題である。重要なことは「共助システムか、それとも公助システムか」という選択である。租税負担方式を主張する者は、北欧の例を引き合いに出すことが多い。たしかに、世界的に第一級の高齢者ケアサービスを提供している北欧は、その財源を租税に求めている。しかし、それは国税ではない。サービスシステムの運営はコミューンが行い、その財源はコミューンごとに決定される住民税によっている。コミューンを単位とした共助システムなのである。介護サービスの財源を租税に求めるという主張の多くは、財源を消費税に求めているが、その場合、市町村が運営者になるにせよ、財源確保は全国化し、地域における負担と給付の関係は曖昧化して、共助

システムは失われる¹¹⁾。

互助と共助の混同もしばしば見られる。互助はインフォーマルな支援であり、家族、隣人、ボランティア等の対価を求めない自発的な援助である。したがって、その活動領域もサービス提供能力も限定されている。これに対して、共助はあくまでもシステム化された自治組織によるフォーマルな支援であり、問題解決の領域も広く、解決能力も高い。共助が互助と同一視されると、家族、隣人、ボランティア等と社会保険、市町村の区別がつかなくなる¹²⁾。「家族は福祉の含み資産」のレベルに先祖帰りしてしまう危険性が生じるのである。

たとえば、アメリカは公的な医療保険がない国として知られている。国民の多くは民間保険会社の医療保険に加入しており、国民の17%は無保険者である。もっとも、65歳以上の高齢者についてはメディケアという医療保険に近い制度があり、貧窮者に対してはメディケイドという社会扶助制度がある。もちろん、高齢者介護についての社会保険はなく、基本的には社会扶助つまり公助によるサービスに限られている。しかし、その結果、NPOが大きな役割を果たすに至っている。高齢者サービスを担うNPOは、ボランティアを多く抱えているが、組織運営は専門的であり、組織、財政とも巨大なものが多い。いわば、政府部門が共助システムを創設しなかったため、非政府部門が自発的、自然発生的に社会的な共助システムをNPOとして成立させていったと見ることもできよう。

日本の場合、要介護高齢者を抱えた家族や地域が、会員制などによる市民互助団体と呼ばれるNPOを、自己防衛的に各地で立ち上げてきたが、その組織、財政規模は小さく、その名称通り共助というよりも互助という性格が強かった。ここでも欧米型のNPOと日本型のボランティア型組織との混同があり、互助と共助の重ね合わせが行われてきた。

介護保険施行以降、日本のNPOは、介護保険給付サービス参入の事業型NPOすなわち共助システムへの参加か、保険外のボランティアな活動を行うNPOすなわち互助システムか、という選

択が求められることとなろう。

X 21世紀と共助の思想

わが国では、社会保障研究者のなかで、憲法第25条を根拠として、国の責任を求める声が主流であり、自治、自律による共助の思想は、ともすれば公的責任の放棄と批判されてきた。これは、公助たる社会福祉の水準が貧しいことへの当然の批判であったが、互助と共助の区分がなされず、職域や地域で、市民が主体的に相互支援システムを社会的に構築していくことの重要性に目をとじていたともいわなければならない。

ドイツ社会保障総覧は次のようにいう。「このこと(補完性原則)を連帯の否定と理解するのは誤っており、お上のいい分をすべて絶対視する考え方に屈服するもの」であり、「連帯の力がよく発揮されるのは、なんとといっても直接的な人間関係の存在するところなのだ」¹³⁾。

日本は、1970年には65歳以上の高齢者が全人口の7%を超え、「高齢化社会」に変貌し、1994年には14.1%と本格的な「高齢社会」に入った。さらに、2020年には25%を超え、世界でも経験されたことのない「超高齢社会」となることが予想されている。生活支援を必要とする高齢者の絶対数も増大し、厚生省推計で、1993年には虚弱高齢者100万人、痴呆性高齢者10万人、寝たきり高齢者90万人の合計200万人であったものが、2000年には280万人、2010年には390万人、2025年には520万人に増大していくと推定されている。

この「超高齢社会」のなかで、すべてを自助で解決できるはずもない。すべてを公助に委ねれば自立は失われる。市民が行政に依存し、あらゆるサービスの給付を要求するならば、社会的コストの爆発的な増大を招くだろう。逆に、市民が負担を忌避する結果、租税収入の枠内に支出を抑え込み、困窮者に限定したサービスシステムとなるかもしれない。いずれの方向を選択するのかを巡って、公助は世代間対立を深めるおそれがある。高齢世代がイニシアティブをとれば前者をめざすだ

ろうし、若年世代がイニシアティブをとれば後者に傾斜する。

介護保険は、市町村ごとに、65歳以上の高齢者に応分——全人口のうちの高齢者の割合——の保険料負担を求め、その負担によって享受できるサービスが決定される。さらに、この高齢者の共助システムを現役世代(第2号保険料)と全国民(租税)が全国的に支援する。高齢者の責任が明確に示されているから、世代間の合意はさほど困難ではない。さらに、高齢者とそれを取り巻く住民の自治、自律のシステムであるから、地域ごとに主体的な選択が可能であり、いかなる自治体が市民にとって望ましいのかを考えなければならない。行政への依存ではなく、首長、議員の選出、あるいは居住する自治体の選択(介護移住)という市民の行動、すなわち行政の選択が求められる。

地方分権においては、急速に複雑化し、変化する都市や地域を管理制御できるのは、すでに国家ではなく、市民に身近な分権化された自治体のみであるという観点から、補完性原理が強調されている。

介護保険は、社会保険と基礎自治体という、いずれもサブディアリティの主体を重ね合わせた制度であるところに大きな特徴があるといわなければならない。介護保険は、この観点から21世紀の日本の行方を占うきわめて興味深い試みであるといえることができるのである。

注

- 1) 『新社会——「社会再建回勅」の邦訳とその注釈』(H. シファ・岳野慶作訳、中央出版社、1957年、123ページ)。
- 2) ドイツ連邦労働社会省『ドイツ社会保障総覧』(ドイツ研究会訳 ぎょうせい 1993年)6ページ。
- 3) 「地方自治世界憲章ドラフト(初版)」(飛田博史訳『自治総研』1999年6月号 財団法人地方自治総合研究所)。
- 4) 『介護保険辞典』(京極高宣・内藤佳津雄編著 中央法規 1999年)123ページ。
- 5) 「21世紀の高齢者医療を考える」シンポジウムにおける日本医師会青柳俊常任理事の発言。
- 6) 『「一般病床の長期入院」実態調査速報』(日本看護協会 1997年9月)。
- 7) 読売新聞 1999年11月14日付朝刊。「介護保

- 険の認定基準に合わせて建てられた病院」とは、設置基準を満たした療養型病床群のことであると思われる。
- 8) 高齢者の第1号保険料収入が介護保険財政の17%であるのは、40歳以上の被保険者のうち、65歳以上被保険者は34%であり、財源の半分は公費でまかなわれることから、34%の半分の17%とされた。なお、2000年度の日本の高齢化率は17%強であり、高齢者の占める割合の分だけ財源を負担するという構造となっている。
- 9) たとえば、1999年10月6日の「子どもが親の面倒を見るという美風を損なわないよう配慮が必要だ。家族のきずなとお年寄りの精神的な幸せを無視した対応は好ましくない」との亀井静香自民党政調会長の発言が典型である。
- 10) たとえば『福祉政府への提言』（岩波書店1999年）所収の「介護保険の法の全面改定を」（横山純一）では、「介護保険では、在宅介護サービスは制限された給付、つまり家族介護を相当に前提にした在宅福祉サービスとしてスタートせざるを得ない」としている。なお、同論文では、「深夜帯は、家族が2-3時間おきに起きておむつ交換せざるを得ないケースも多いことだろう」という非現実的な記述もあるが、少なくとも介護保険はそうした深夜巡回が必要なケースは保険給付でカバーするものとされている。
- 11) 介護サービスの財源を消費税に求める論議は、土屋正忠武蔵野市長の『介護保険をどうする』（日本経済新聞社1999年）などが典型である。
- 12) 互助と共助の混同は広く見られ、たとえば「武蔵野市高齢者福祉総合条例」は、第2条（基本理念）の3項は「市は、自助・共助・公助の考え方にに基づき、市民、市その他関係機関のそれぞれの役割分担を定め、社会資源の活用並びに保健、医療及び福祉の連携を図るよう努める」としている。
- 13) ドイツ連邦労働社会省『ドイツ社会保障総覧』（ドイツ研究会訳 ぎょうせい1993年）6ページ。（いけだ・しょうぞう 龍谷大学教授）