

福祉社会と介護制度

李 義 昭

キーワード：福祉社会，介護，自己選択

は じ め に

人口の高齢化は世界的現象である。特に先進諸国においては、高齢化、いわゆる、高齢者比率の増大は、社会構造や意識構造の変化をもたらしている。また、高齢者比率の増大、なかでも、後期高齢者比率の増大は、高齢者の介護（ケア）の問題を浮上させている。このような社会・意識構造の変化において、大きく現役世代が減少し、高齢世代が増加している福祉社会では、旧来の現役世代が高齢世代を支えるというシステムが成り立たなくなっている。高齢者の介護においても、親族がすべてを引き受ける事は極限に達しており、困難である。これからの介護のシステムとして、行政だけではなく、一般市民や一般企業、NPO や NGO がボランティアや非営利活動として、日常生活において介護の問題にかかわる必要がある。本論では、世界的な高齢化の現状を概観し、社会的構造の変化を確認している。また、高齢者の介護における人権の尊重、人の尊厳についての留意点を確かめ、一般市民を含めた介護関係者のあるべき姿勢に触れている。さらには、日本の高齢化の現状、介護問題への姿勢、介護制度の創設から、その目標・変遷について見ている。

I 世界の高齢化とケア

①高齢化

大規模な高齢化現象によって、社会的、経済的、政治的および科学的問題に対して、国際社会の関心が高まっている。1950 年における高齢者（60 歳以上）の人口は世界全体で 2 億人程度であったが、1975 年には 3 億 5,000 万人に増加した。さらに 2000 年には 5 億 9,000 万人となり、2025 年までに 11 億人を超えるものと見られている。すなわち、1975 年以来の増加率は 224% に達することになる¹⁾。

人口の高齢化は永続的であり、1950 年以来、高齢者の割合は、2009 年に 1950 年の 8 パーセントから 11 パーセントまで増加し、さらに上昇して、2050 年（図 1）には 22 パーセントに達すると予想されている²⁾。

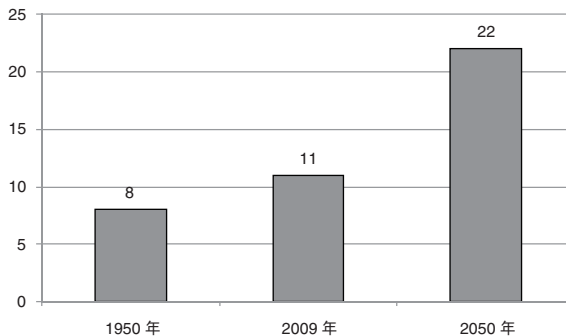


図 1 世界における 60 歳以上高齢者（%）

（出所：World Population Ageing 2009）

- 1) 国際連合広報センター「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」1999 年 p 9
- 2) United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division “World Population Ageing” 2009 年 p 8

この同じ期間に世界人口は、41 億人から 82 億人へと、102% 増加するものと考えられる。また、1975 年には、開発途上国に住む高齢者が世界の半数強（52%）に過ぎなかったが、増加率の差により、2000 年までに、開発途上国に住む高齢者は全体の 60% を超えることになり、2025 年までには、その割合がほぼ 4 分の 3（72%）に達するものと見られる³⁾。

アジアと中南米では、高齢者の比率が 1998 年の 8% から、2025 年には 15% に増加し、アフリカでは、高齢者の比率は同期間中に 5% から 6% に増加するに留まるが、その後 2050 年までに倍増すると予想されている⁴⁾。

高齢者の数と割合の増大に並行して、人口の年齢構成に変化が見られている。人口に占める子どもの割合が低下し、高齢者の割合が増大するのである。開発途上の地域における 15 歳未満人口の割合は、1975 年の平均約 41% から 2000 年には 33% へ、さらに 2025 年には 26% へと低下すると考えられる。同じく開発途上の地域において、60 歳以上の人口の割合が 1975 年の 6% から 2025 年には 12% に上昇し、1950 年代の先進地域のレベルに達するものと見られる。先進地域では、15 歳未満人口の割合が 1975 年の 25% から 2000 年には 21%、さらに 2025 年には 20% へと低下する見込みであるが、60 歳以上の人口は、1975 年の全体の 15% から 2000 年には 18%、さらに 2025 年には 23% へと増大するものと見られる⁵⁾。

21 世紀中頃には、世界の人口に占める高齢層と若年層の比率が同一になるであろう。世界的には、60 歳以上の高齢者の比率は 2000 年の 10% から 2050 年までに 21% に倍増し、子供の比率は 30% から 21% へと 3 分の 1 減少すると予想されている。一部の開発途上国と市場経済移行国では、高齢者の人口は既に子供の人口を上回っており、しかも出生率は人口

3) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」1999 年 p 9

4) 第 2 回高齢化に関する世界会議「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」2002 年

5) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 10

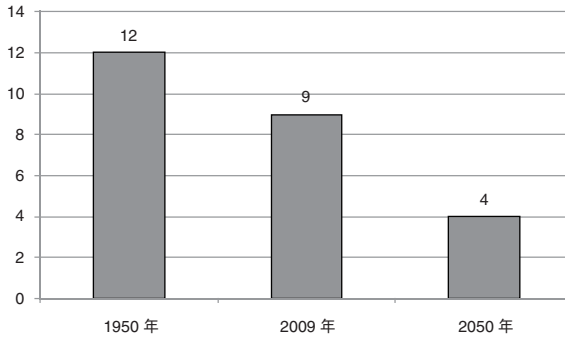


図2 高齢者1人あたりの労働力人口（PSR）

（出所：World Population Ageing 2009）

置換水準を下回っている。一部の先進国では、2050年までに高齢者の人口は子供の人口の2倍になるであろう⁶⁾。

65歳以上高齢者に対する15～64歳の労働力人口の割合（PSR），すなわち，何人の若年層で高齢者1人を支えるかを表す指標。高齢化が進む時，PSRは低下する傾向がある。1950年と2009年の間に，PSRは65歳以上人口1人あたり12～9に低下し，2050年までには，高齢者1人（図2）あたり4人に低下すると予測される⁷⁾。

出生時の平均余命の伸びにより，先進地域における60歳の平均余命は，1975年から2025年までに約1年延びると考えられ，開発途上地域においては，この伸びが約2.5年と予測される。60歳の男性は平均で，2025年までに，先進地域でさらに17年以上，開発途上地域ではさらに16年以上生きるものと予想される。女性については，それぞれ約21年と18年の余命を期待することができる。この傾向が続けば，先進地域における性比率（女性100人あたりの男性の数）は，依然として不均衡が続くものの，若干改善される。例えば，60～69歳の性比率は，1975年の74から2025年

6) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

7) 同“World Population Ageing”2009年 p10

には 78 へと上昇するのに加え、80 歳以上の年齢層についても、48 から 53 へ上昇すると見られる。一方、開発途上国における性比率は、60～69 歳について 96 から 2025 年には 94、80 歳以上については 78 から 73 へと、若干の低下が見込まれる。こうして、ほとんどの場合、女性が高齢者人口の大半を占める傾向が強まっていくものと見られる⁸⁾。

先進国では、平均で、高齢者の比率は女性 100 に対し男性 71 であるが、男性の比率は 78 に増加すると予想されている。開発途上国では、高齢者の女性の数が男性の数を上回る度合いは先進国ほどではない。これは、総じて、出生時の平均余命の男女格差が小さいことによるものである。開発途上国では、現在、60 歳以上の高齢者の比率は、平均で女性 100 に対し男性 88 となっているが、男性の比率は 21 世紀半ばには 87 に微減すると予想されている⁹⁾。

女性は男性より長生きするので、女性が高齢者の大部分を構成する。現在、女性は 60 以上高齢者で男性よりおよそ 6600 万多く、80 歳以上高齢者では、女性は男性の約 2 倍であり、100 歳以上では女性は男性（図 3）

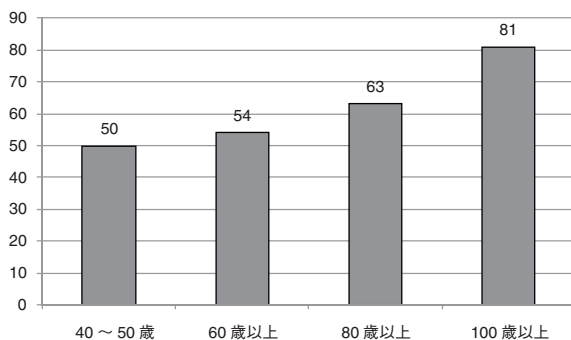


図 3 年齢別高齢者女性 (%)

(出所：World Population Ageing 2009)

8) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 10

9) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

の4～5倍である¹⁰⁾。

性別による寿命の差は、生活様式、所得、医療およびその他の支援システムに何らかの影響を及ぼす¹¹⁾。

各国の計画担当者と政策立案者は、国民全体の基本的ニーズ充足を目指す全般的な経済・社会開発計画と行動において、高齢者の問題を考慮する際、以下の高齢化の傾向に十分な注意を払う必要がある。

- (a) 今後、60歳以上人口、特に80歳以上の人口の急増が予想される。
- (b) 多くの国では、60歳以上人口の割合の増加が21世紀最初の25年間のうちに顕著になるものと見られる。
- (c) 女性がこれら高齢者人口の大半を占める傾向が強まる。

高齢化という問題は、国家レベルの全般的開発と、高齢者個人の福祉および安全の両方に対して大きな意味合いを持ち、比較的近い将来、あらゆる国に関係する問題となる。世界の先進地域の一部では、すでにその影響が現れている¹²⁾。

すべての国々が検討すべき優先課題の一つは、高齢者のための福祉政策が、相対的に消極的な人々を増大させないようにすることである。今日の高齢化問題が保護とケアを提供することに止まらず、高齢者の関与と参加の問題でもあることを認識するためには、政策立案者や研究者はもとより、マスメディアや一般市民にも、発想の大転換が必要となろう。最終的に、高齢化に関するプラスの積極的で開発志向の発想への転換は、高齢者自身により、まさにその数と影響力の増大を通じてもたらされるべきである。高齢者であるという集団的な意識は、社会的統一をもたらし理念として、プラスの要因となりうるものである。精神的な福祉は物質的な福祉と同じく重要であることから、高齢者の精神的福祉を支援・強化するため

10) 同“World Population Ageing” 2009年 p 11

11) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 10

12) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 12

に、あらゆる政策、プログラムおよび活動を開発すべきである。各国政府は、宗教的慣習と表現の自由を保証すべきである¹³⁾。

依存比率（相対的に若く、経済的に活動し、所得を得ている人々に物質的安全を依存する高齢者の割合を示す）は、社会構造、伝統あるいは正規の社会保障制度の内容に関係なく、世界のあらゆる国の開発に確実に影響を及ぼす。伝統的に、高齢者が親類あるいは地域社会のケアと保護を受けてきた国と地域においては、社会的な性質の問題が生じる可能性が高い。扶養対象となる高齢者が増大すると同時に、大家族などの伝統的なケア提供の機構が世界の多くの地域で急激な変革を遂げつつある中で、これらの関係を維持していくことはますます困難となりうる¹⁴⁾。

開発途上国は、21世紀前半に急速に高齢化すると予想されている。高齢者の比率は、2050年までに8%から19%に増加する一方、子供の比率は33%から22%に減少すると予想されている。この人口転換は、資源に関する重大な問題を意味するものである。先進国では徐々に高齢化が進行してきたけれども、高齢化、失業及び年金制度の持続可能性の關係に起因する問題に直面している。一方、開発途上国は、開発と人口高齢化の問題に同時に直面している¹⁵⁾。

②介護（ケア）

高齢者のケアは、単に病気への対処に止まらず、身体的、心理的、社会的、精神的および環境的要因の相互関係を考慮した上で、その総合的福祉を図るものとすべきである。したがって、医療には保健・社会セクターと家族を関与させ、高齢者の生活の質的向上を図るべきである。戦略としてのプライマリー・ヘルスケアをはじめ、健康増進努力は、社会のあらゆる

13) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 19

14) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 20

15) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

活動から排除・疎外されずに、高齢者が自らの家族とコミュニティの中で、できるだけ長く自立した生活を送れるようにすることを主眼とすべきである¹⁶⁾。

高齢者の障害と病気を減らすためには、早期の診断と適切な治療に加え、予防措置が必要である。後期高齢者および日常生活に支障をきたしている高齢者に対する医療の提供には、特別の注意を払うべきである。これらの人々が精神障害あるいは環境への不適応を起こしている場合、特に必要である。精神障害は、家族とボランティアに対する専門的労働者による訓練と支援、巡回精神保健相談の促進、福祉作業、デイケアおよび社会的孤立の防止をねらいとした措置など、患者の施設収容を必要としない手段によって、予防あるいは改善できることが多い。高齢者の一部、特に後期高齢者は社会的弱者となり続けるであろう。これらの人々は、動ける範囲が非常に限られている可能性が高いため、自宅やコミュニティの近くに所在する施設からのプライマリー・ヘルスケアの提供を必要としている¹⁷⁾。

自然災害や人道上の緊急事態においては、高齢者が脆弱な状況にあるということを認識しなければならない。何故なら、高齢者は、家族や友人から離れて孤立している可能性があることと、食糧や避難所を見つけることがより困難であるからである。同時に、高齢者には、一次介護の役割を引き受けてもらうこともできる。政府と人道救援機関は、高齢者が緊急事態への対処や復興・再建においても積極的な役割を果たすことができるということを認識しなければならない。

- 1：自然災害その他の人道的緊急事態時及びその後における、高齢者による食糧、避難場所、医療及びその他のサービスへの公平なアクセス

16) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 25

17) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 26

2：緊急事態後の、コミュニティの再構築・再生及び社会構造の再建における高齢者の貢献性の高揚¹⁸⁾。

高齢者にもっとも直接的なケアを提供する人々が、ほとんど、あるいは十分に訓練を受けていない場合が多い。セルフケア、健康増進、病気と障害の予防を通じ、高齢者の福祉と自立を維持するためには、高齢者自身はもとより、その家族、および、地元コミュニティの保健・社会福祉活動員のそれぞれが新しい方向性と技能をもつことが必要となる。

- (a) すべての人々が、ケアを必要とする高齢者への対処に関する情報を受けるべきである。高齢者自身も、セルフケアの教育を受けるべきである。
- (b) 家庭あるいは機関で高齢者の世話をする人々は、高齢者とその家族の参加、および、さまざまなレベルにおける保健・福祉分野の活動員の協力で特に重点を置く基本的な作業訓練を受けるべきである。
- (c) 開業医および人間のケアに関する職業（医療、看護、社会福祉など）を学ぶ学生は、長寿学、老人病医学、高齢者心理学および高齢者介護の関連分野における原理と技能の訓練を受けるべきである。

多くの場合、高齢者は承諾が必要な人々と見なされない。高齢者に影響する決定はしばしば、高齢者自身の参加なしに下される。これは特に、後期高齢者、虚弱者あるいは障害者について当てはまる。このような人々には、自らが受けるアメニティーとケアの種類について選択権を与える柔軟なケア・システムを以って対処すべきである。何が必要で何をすべきか、高齢者自身が最もよく知っているので、高齢者の生活管理は、保健、社会サービスおよびその他のケア担当者の手だけに委ねるべきではない。医療の開発および保健サービスの機能について、高齢者の参加を奨励すべきである。高齢者のケアの根本的原則は、高齢者ができるだけ長くコミュニテ

18) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

ィーで自立した生活を送れるようにするべきである¹⁹⁾。

高齢者の初期及び長期の介護サービスの開発や強化は高齢者自身の選択によるべきである。

- (a) 公的介護、ヘルスケア及びリハビリに関するプログラムの計画、実施及び評価を行う場合に、高齢者を参加させる。
- (b) 医療提供者／公的介護者に対し、高齢者に対する医療についての決定を行う場合に、高齢者を全面的に参加させることを奨励する。
- (c) 高齢者による自己管理を推進し、かつ、医療や社会奉仕活動において、高齢者の体力や能力を活用する。
- (d) 医療政策を策定する場合、高齢者のニーズや考え方を反映させる²⁰⁾。

サービスとケアの提供、および、高齢者のための、高齢者との活動への参加という点で、若者の関与を奨励し、世代間の連帯促進を図るべきである。能力と行動力を備えた高齢者の間での相互的自助は、これらの人々がより恵まれない高齢者に提供できる援助、および、インフォーマルなパート労働へ的高齢者の参加とともに、できる限り促進すべきである²¹⁾。

介護を必要とする人々に対する高齢者による介護の提供、あるいは、高齢者に対する介護の提供は、特に開発途上国では、家族または地域社会が行うことが多い。家族と地域社会は、HIV／エイズの予防並びに HIV／エイズ患者に対する介護、支援及び治療において重要な役割を果たしている。介護者が高齢である場合、これらの介護者のための支援策を提供すべきである。高齢者が介護を受けている場合、予防、治療、介護及び支援を効果的に行うために、人的資源と保健・社会インフラを整備する必要がある

19) 同「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」p 28

20) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

21) 国際連合広報センター「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」1999 年

る。このような介護システムは、この介護を必要とする人々が全人口に占める比率が増加するので、公共政策によって強化しなければならない²²⁾。

高齢者に対するネグレクト（放置）、虐待及び暴力は、身体的、心理的、情緒的及び資金的なものを始め、様々な形態を取る。これらの行為は、あらゆる社会、経済、民族及び地域で発生する。人々の回復能力は加齢とともに衰えるので、虐待を受けた高齢者は、精神的衝撃に起因する身体的又は精神的障害から完全に回復することはない。恥ずかしさや恐怖のために助けを求めようとしがらないため、精神的衝撃の影響は悪化する可能性がある。高齢者に対する虐待、詐欺商法及び犯罪行為を予防するために、地域社会は協力しなければならない。専門家は、家庭、地域社会及び施設において公的・私的介護者からネグレクト（放置）、虐待及び暴力を受け可能性があるということを認識する必要がある²³⁾。

高齢者のための国連原則は介護（care）に関して次のようにうたっている。

高齢者は、

- ・各社会の文化価値体系に沿って、家族とコミュニティーのケア、および、保護を享受すべきである。
- ・最適レベルの身体的、精神のおよび感情的福祉の維持あるいは回復を助け、発病を防止あるいは遅延する医療へのアクセスを有するべきである。
- ・その自立、保護およびケアを向上させる社会・法律サービスへのアクセスを有するべきである。
- ・保護、リハビリ、および、人間的かつ安全な環境における社会的・精神的な刺激を提供する施設での適切なレベルのケアを利用できるべきである。

22) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

23) 同「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」

- ・いかなる居住施設、ケアあるいは治療施設に住む場合でも、その尊厳、信条、ニーズおよびプライバシー、ならびに、その医療および生活の質に関する決定を行う権利の十分な尊重など、人権と基本的な自由を享受できるべきである²⁴⁾。

Ⅱ 日本の高齢化と介護

①高齢化

我が国の総人口は、平成 21（2009）年、1 億 2751 万人で、前年から約 18 万人の減少となった。65 歳以上の高齢者は、過去最高の 2901 万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も 22.7% となった。男女別では、男性は 1240 万人、女性は 1664 万人で、性比（女性 100 人に対する男性）は 74.7 人、すなわち男性対女性の比は約 3 対 4 となっている。また、高齢者人口のうち、「65～74 歳人口」は 1530 万人（男性 720 万人、女性 809 万人、性比 89）で総人口に占める割合は 12.0%、「75 歳以上人口」は 1371 万人（男性 520 万人、女性 852 万人、性比 61）で、総人口に占める割合は 10.8% である。また、75 歳以上人口は、65～74 歳人口の伸びを上回る増加数で推移してきている。我が国の 65 歳以上の高齢者人口は、昭和 25（1950）年には総人口の 5% に満たなかったが、45（1970）年に 7% を超え、高齢化社会となり、さらに、平成 6（1994）年には 14% を超え、高齢社会となった。そして、今や 5 人に 1 人が高齢者となっている。我が国は、今後、長期の人口減少過程に入り、平成 37（2025）年に 1 億 2000 万人を下回った後も減少を続け、67（2055）年には 8993 万人になると推計されている（図 4）²⁵⁾。

一方で、高齢者人口は今後、いわゆる「団塊の世代」が 65 歳以上とな

24) 国連総会決議（決議 46/91）「高齢者のための国連原則」1991 年

25) 内閣府「高齢社会白書」平成 22 年 p 3

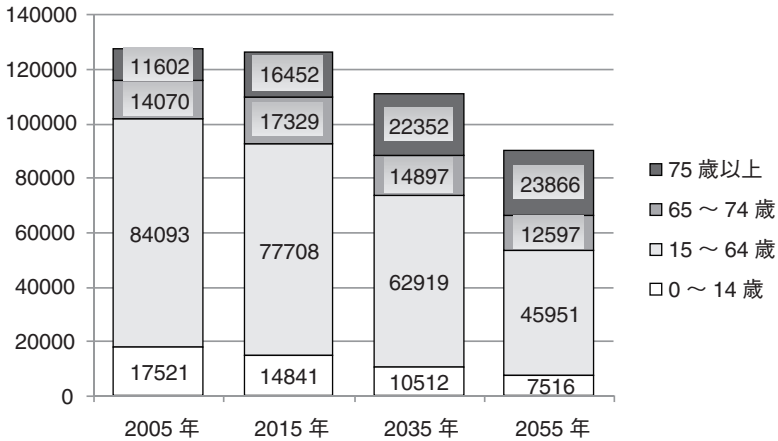


図4 年齢区分別人口推計（千人）

（出所：「国勢調査」, 「日本の将来推計人口」）

る平成 27（2015）年には 3000 万人を超え, 「団塊の世代」が 75 歳以上の 37（2025）年には 3500 万人に達する。その後も高齢者人口は増加を続け, 54（2042）年に 3963 万人でピークを迎え, その後は減少に転じると推計されている。総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け, 平成 67（2055）年には 40.5% に達して, 国民の 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来する。総人口に占める 75 歳以上人口の割合も上昇を続け, 「団塊ジュニア」が 75 歳以上となった後に, 67（2055）年には 26.4% となり, 4 人に 1 人が 75 歳以上の高齢者となる。また, 高齢者人口のうち, 65～74 歳人口は「団塊の世代」が高齢期に入った後に平成 28（2016）年の 1744 万人でピークを迎える。一方, 75 歳以上人口は増加を続け, 平成 29（2017）年には 65～74 歳人口を上回り, その後も増加傾向が続き, 高齢者数増加の中で 75 歳以上人口の占める割合は, 一層大きなものになる²⁶⁾。

26) 内閣府「高齢社会白書」平成 22 年 p 4

表 1 高齢人口と生産年齢人口（何人で支えるか）

	生産年齢人口（15～64 歳）		
	65 歳以上	70 歳以上	75 歳以上
1960 年	11.2	18.8	36.8
2009 年	2.8	4.0	5.9
2015 年	2.3	3.2	4.7
2055 年	1.3	1.5	1.9

（出所：「国勢調査」「日本の将来推計人口」）

生産年齢人口（15～64 歳）は、平成 24（2012）年に 8000 万人を割り、67（2055）年には 4595 人と推計される。一方、高齢人口の増大により死亡数は増加、死亡率は上昇を続け、平成 67（2055）年には、17.3% になる。65 歳以上の高齢人口と 15～64 歳の生産年齢人口の比率をみると、昭和 35（1960）年には 1 人の高齢人口に対して 11.2 人の生産年齢人口がいたのに対して、平成 21（2009）年には高齢者 1 人に対して現役世代 2.8 人になっている。今後、67（2055）年には、1 人の高齢人口に対して 1.3 人の生産年齢人口という比率になる。（表 1）。平均寿命は、平成 20（2008）年現在、男性 79.29 年、女性 86.05 年であるが、今後、男女とも引き続き延びて、67（2055）年には、男性 83.67 年、女性 90.34 年となり、女性の平均寿命は 90 年を超えると見込まれている。また、65 歳時の平均余命は、昭和 22（1947）年には男性が 10.16 年、女性が 12.22 年であったものが、平成 20（2008）年には男性が 18.60 年、女性が 23.64 年となっており、67（2055）年には男性 18.67 年、女性 25.34 年となると推計される²⁷⁾。

都道府県別の高齢化率をみると、東京、大阪、愛知を中心とした三大都市圏で低く、それ以外の地域で高い。平成 21（2009）年現在の高齢化率は、最も高い島根県で 29.0%，最も低い沖縄県で 17.5% となっている。

27) 内閣府「高齢社会白書」平成 22 年 p 6

表 2 都道府県別高齢化率推移（％）

	1975 年	2009 年	2035 年
全国	7.9	22.7	33.7
東京	6.3	20.9	30.7
大阪	6.0	22.0	33.3
秋田	8.9	28.9	41.0
島根	12.5	29.0	37.3
沖縄	7.0	17.5	27.7

(出所：「国勢調査」「日本の都道府県別将来推計人口」)

今後、高齢化率は、すべての都道府県で上昇し、平成 47（2035）年には、最も高い秋田県では 41.0％となり、最も低い沖縄県でも 27.7％に達すると見込まれている。また、首都圏など三大都市圏では、今後の高齢化がより顕著となる。我が国の高齢化は、大都市圏を含めて全国的な広がりをみることとなる（表 2）²⁸⁾。

65 歳以上の高齢者世帯は、平成 20（2008）年現在、世帯数は 1978 万世帯であり、全世帯の 41.2％を占め増え続けている。65 歳以上の高齢者世帯の世帯構造別では、三世代世帯は減少傾向である一方、単独世帯、夫婦のみの世帯、親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にある。昭和 55 年では三世代世帯の割合が一番多く、全体の半分程度を占めていたが、平成 20 年では夫婦のみの世帯が一番多く 3 割程度を占めており、単独世帯とあわせると半数を超える状況である。さらに、65 歳以上の高齢者が世帯主である世帯（高齢世帯）も年々増加している。今後の高齢世帯数は平成 42（2030）年には 1903 万に増加すると見込まれている。これに対して一般世帯総数は 27（2015）年に 5060 万世帯とピークに達し、その後、42（2030）年には 4880 万世帯となると見込まれている。この結果、一般世帯

28) 同 p 7

総数に占める高齢世帯の割合は、平成 17（2005）年の 27.6％ から 42（2030）年には 39.0％ へと上昇し、「単独世帯」の割合は、37.7％ へと上昇することが見込まれる²⁹⁾。

65 歳以上の高齢者について子どもとの同居率をでは、昭和 55（1980）年にはほぼ 7 割であったものが、20（2008）年には 44.1 となっており、子どもとの同居の割合は大幅に減少している。一人暮らし又は夫婦のみの世帯については、ともに大幅に増加しており、昭和 55（1980）年には合わせて 3 割弱であったのが、20（2008）年には合わせて 52.0％ まで増加している（図 5）。年齢別にみると、年齢が低いほど子どもとの同居率は低くなる傾向にあり、80 歳以上では男性が 46.3％、女性が 60.7％ なのに対し、65～69 歳では男性が 40.1％、女性で 39.4％ となっている。60 歳以上の高齢者の別居している子との接触頻度についてみると、「週 1 回以上」

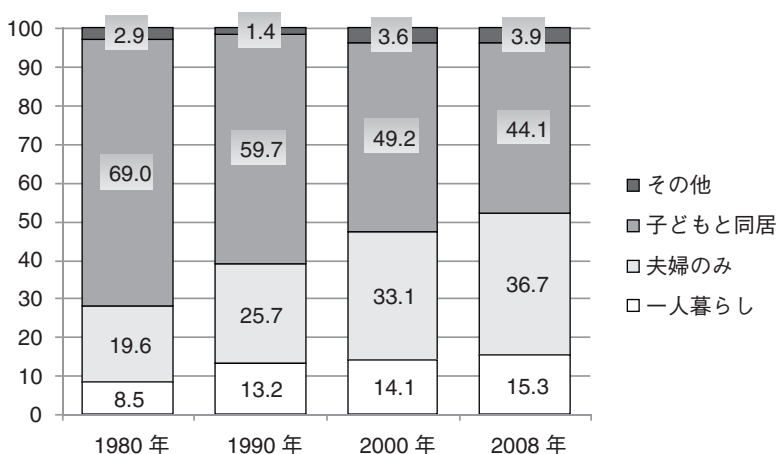


図 5 家族形態別高齢者の割合（％）

（出所：「厚生行政基礎調査」「国民生活基礎調査」）

29) 内閣府「高齢社会白書」平成 22 年 p 13

（「ほとんど毎日」，「週に 1 回以上」の割合の合計）が 46.8% であるのに対し，「月に 1～2 回以下」（「月に 1～2 回」，「年に数回」，「ほとんどない」の合計）は 53.2% となっている．諸外国との比較では，前者の割合が，アメリカで約 8 割，韓国，ドイツ，フランスでは 6 割～7 割となっており，これらの国と比べると，我が国の高齢者は別居している子との接触頻度が低い者が多い．子どもや孫との付き合い方について，60 歳以上の高齢者の意識をみると，より密度の薄い付き合い方でもよいと考える高齢者が増えている³⁰⁾．

65 歳以上の高齢者の健康状態についてみると，平成 19（2007）年における有訴者率（人口 1000 人当たりの「ここ数日，病気やけが等で自覚症状のある者（入院者を除く）」の数）は 496.0 と半数近くの者が何らかの自覚症状を訴えている．一方，65 歳以上の高齢者の日常生活に影響のある者率（人口 1000 人当たりの「現在，健康上の問題で，日常生活動作，外出，仕事，家事，学業，運動等に影響のある者（入院者を除く）」の数）は，平成 19（2007）年において 226.3 と，有訴者率の半分程度になっている．これを年齢階級別，男女別にみると，年齢層が高いほど上昇し，また，いずれの年齢層においても女性が男性を上回っている．この日常生活への影響を内容別にみると，高齢者では，日常生活動作（起床，衣服着脱，食事，入浴など）が人口 1000 人当たり 99.4，外出（時間や作業量などが制限される）が 98.1，次いで仕事・家事・学業（時間や作業量などが制限される）が 84.6，運動（スポーツを含む）が 64.3 となっている．男女別では，男性は日常生活動作（起床，衣服着脱，食事，入浴など），女性は外出（時間や作業量などが制限される）が最も高くなっている．また，健康状態が良いほど，日常生活全般の満足度が高い．我が国は平均寿命だけでなく，健康寿命（心身ともに自立して健康に生活できる期間）も

30) 同 p 16

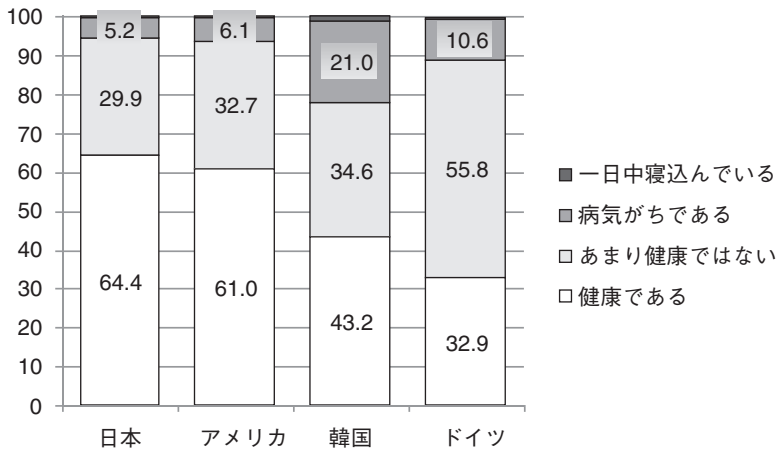


図 6 60 歳以上高齢者の健康意識 (%)

(出所：「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」)

世界で最も長いが、健康についての高齢者の意識をアメリカ、ドイツ、韓国の3カ国と比較してみても、「健康である」と考えている者の割合は、日本が64.4%で最も高い結果となっている。なお、日本に次いで高いのはアメリカ(61.0%)で、韓国(43.2%)、ドイツ(32.9%)の順となっている(図6)³¹⁾。

介護を頼みたい相手では、男性は「配偶者」が80.7%、女性は「子ども」が63.1%と最も高くなっている。前回調査と比較すると「ホームヘルパー」の割合が男女ともに倍増している。主な介護者の続柄は、6割が同居者である。その主な内訳は、配偶者が25.0%、子が17.9%、子の配偶者が14.3%となっている。また、性別にみると、男性が28.1%、女性が71.9%と女性が多い。要介護者等と同居介護者の年齢は、男性では65.8%、女性では22.8%が60歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケース

31) 内閣府「高齢社会白書」平成22年 p.24

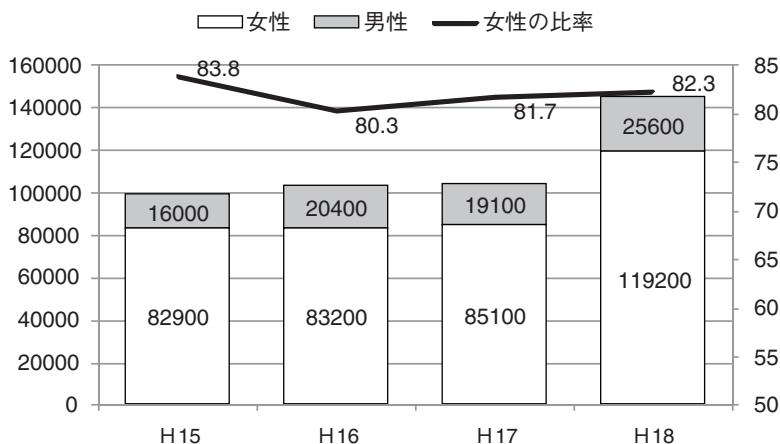


図7 介護等理由による離職・転職 (人・%)

(出所:「就労構造基本調査」)

も相当数存在していることがわかる。家族の介護や看護のために離職や転職をする人は平成 18 (2006) 年 10 月から 19 (2007) 年 9 月の 1 年間で 144,800 人と、前年の 40,600 人増である。うち女性が、119,200 と全体の 82.3% を占めている (図 7)。また、男女・年齢別にみると、男性は 40 代及び 50 代、女性は 30 代及び 40 代がそれぞれ約 6 割を占める。同居している主な介護者が 1 日のうちの介護時間は、「必要な時に手をかす程度」が 37.2% と最も多く、「ほとんど終日」も 22.3% となっている³²⁾。

②介護 (ケア)

我が国の高齢化は極めて急速に進んでおり、世界に例を見ない高齢社会が到来しているが、高齢化の速度に比べ国民の意識や社会のシステムの対応は遅れている。一人一人が生涯にわたって幸福を享受できる高齢社会を

32) 内閣府「高齢社会白書」平成 22 年 p 32

築き上げていくには、雇用、年金、医療、福祉、教育、社会参加、生活環境等に係る社会のシステムが高齢社会にふさわしいものとなる必要がある。そのためには、国及び地方公共団体はもとより、企業、地域社会、家庭及び個人が相互に協力し、それぞれの役割を積極的に果たしていくことが必要である³³⁾。

高齢社会対策の基本原則として以下の三点が挙げられている

- 一 国民が生涯にわたって就業その他の多様な社会的活動に参加する機会が確保される公正で活力ある社会
- 二 国民が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重され、地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会
- 三 国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができる豊かな社会³⁴⁾

国は高齢期における健康面、経済面、社会関係等に係る問題について、対処することにとどまらず、国民の生涯にわたる施策の体系的な展開を図るものとする。特に、若年期から資産形成、健康づくり、学習、社会参加等に取り組み、高齢期における問題を予防し、老後に備えるという国民の自助努力を支援するものとする³⁵⁾。

高齢者の多様性に配慮しつつ、高齢者が安心して自立した生活を送れるよう支援する。高齢期の自立支援に当たっては、高齢者が様々な生き方を主体的に選択することができるよう配慮し、特に、多様なライフスタイル、一人暮らしや要介護等に対応した施策の展開を図る。高齢者と若い世代の連帯を強化するため、家族における世代間の関係については、国民がその家族構成等に応じて世代間で連帯していくことができるよう、必要な条件整備を図る。また、社会保障制度等については、世代間に公平なもの

33) 高齢社会対策基本法（前文）平成7年

34) 高齢社会対策基本法（第2条基本原理）

35) 高齢社会対策大綱（平成13年閣議決定）p2

となるよう給付と負担の均衡を図り、能力に応じ公平に負担を求める。あわせて、教育又は社会参加の場を通じて、社会保障制度等を支える世代間の連帯の意識を若い世代に育むため、その環境整備を図る。さらに、就業その他の多様な社会的活動への高齢者と若い世代の共同参画を促進するとともに、世代間の交流の活性化を図る³⁶⁾。

特に健康・福祉の個別分野として次の点をあげている

ア 生涯にわたる健康づくりの推進

栄養・食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣の若年期からの見直しを行うことにより、健康を増進し、疾病を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を推進する。個人による選択を基本とした、国民の主体的な健康づくりを支援するため、十分かつ的確な情報を提供するとともに、社会全体として支援する環境の整備を図る。また、性別、年齢別等の差異を踏まえ、科学的根拠に基づいた目標を設定し、目標を達成するための活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくりに反映させる。

イ 健康づくり施設の整備等

生涯にわたる健康づくりに資するため、地域における健康づくり施設の整備等を推進するとともに、自然とのふれあいの中で健康づくりができるよう、必要な施設等の整備等を推進する。あわせて、健康づくりの支援の役割を担う人的資源の確保を図る。

ウ 介護予防の推進

高齢者が寝たきりなどの要介護状態になったり、要介護状態が更に悪化したりすることがないように、介護予防施策の推進を図る³⁷⁾。

エ 必要な介護サービスの確保

要介護高齢者の需要に応じた良質な介護サービス基盤の整備を進めるため、介護人材の養成・確保を図るほか、介護関連施設の整備を進める。ま

36) 高齢社会対策大綱 p 4

37) 同 p 11

た、福祉用具・住宅改修の適切な普及・活用の促進を図る。あわせて、介護労働者の雇用管理の改善、労働力需給調整機能の強化を図る。

オ 介護サービスの質の向上

高齢者介護サービスを担う介護人材の資質の向上を図るとともに、利用者が介護サービスを適切に選択し、良質なサービスを利用できるよう、事業者の情報公開等を進める。また、介護施設の個室・ユニットケア化を進め、身体拘束廃止に向けた取組を推進する。

カ 認知症高齢者支援対策の推進

急増が見込まれる認知症高齢者に対する支援を図るため、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の整備を進めるとともに、認知症介護に関する研究、専門職の養成、研究・研修などを通じて認知症介護の質的な向上を図る。また、認知症高齢者の相談体制や権利擁護の仕組みを充実させる³⁸⁾。

「高齢者の尊厳を支えるケア」を確立していくためには、高齢者介護の現状を踏まえ、「尊厳を支えるケアの確立への方策」として、次の四点が挙げられた。

- (1) 介護予防・リハビリテーションの充実
- (2) 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系
- (3) 新しいケアモデルの確立：認知症高齢者ケア
- (4) サービスの質の確保と向上

今後、一層高齢化は進んでいくが、高齢期イコール要介護期ではなく、むしろ大部分は介護を必要としない高齢者である。高齢者自身が健康づくりや介護予防に取り組むことにより、介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くし、自分の能力を活かし地域社会に積極的に参加することを可能とすることは、より自分らしく生きがいのあ

38) 高齢社会対策大綱 p 12

る充実した人生を送ることにつながる。特に、これからの高齢者は、介護が必要な状態にできるだけならないようにするため、高齢期に入る前から、心身の健康についての知識を深めることを含めて健康づくりに努め、十分に備えておくことが必要である。また、このような取組によって、元気な高齢者が増加していくことにより、高齢者自身が、地域社会での助け合いの仕組みの主体となることが可能となる。介護に要する費用が過度に増大することを防ぎ、負担を少しでも適正なものとするためにも、介護保険制度のみに頼るのではなく、高齢者自らが介護予防に取り組むとともに、高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていく必要がある。

日常生活における自由な自己決定の積み重ねこそが「尊厳ある生活」の基本であり、多くの人は自宅での生活・在宅での介護を望むのである。私たちが目指すべき高齢者介護とは、介護が必要になっても、自宅に住み、家族や親しい人々と共に、不安のない生活を送りたいという高齢者の願いに応えること、施設への入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を続け、最期までその人らしい人生を送ることができるようにすることである。さらに、施設に入所した場合でも、施設での生活を限りなく在宅での生活に近いものにし、高齢者の意思、自己決定を最大限尊重したものとするよう、施設におけるケアのあり方を見直していくことが必要である。

「身体上又は精神上の障害」により要介護状態にある高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を行うことができるようにすることが高齢者介護の目的であるが、現状においては、精神上の障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない。具体的には、認知症高齢者のケアの確立が問題であり、この分野の取組を推進することは、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることに他ならない。要介護高齢者のほぼ半数は認知症の影響が認められ、施設の入所者については8割が認知症の影響が認められる。このように、要介護高齢者の相当部

分が認知症高齢者であり、これから的高齢者介護を考えていく上で、認知症高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれている。

介護保険の施行で介護サービスの利用が「措置」から「契約」になった。このことは、高齢者が自分自身の生活を自ら組み立てていく一環として、介護サービスについても、自分自身に適したものを自ら選択・決定することを意味する。今後高齢期を迎えるいわゆる団塊の世代以降の高齢者にとっては、このような仕組みは自然なものであり、むしろ当然のものとして受け止められるであろう。措置から契約への転換に合わせて、介護保険制度ではサービス提供主体のあり方についても大きな変化があった。一定の基準をクリアすれば民間事業者や NPO 法人でも介護サービスを行うことが出来ることとし、市場における公正な競争の下、利用者の選択によってサービスが提供される仕組みとした。このような仕組みの下では、事業者間の競争を通じてより良いサービスが選択され、全体として介護サービスの質が高まることが期待されるが、このような「サービスの質による競争」が正常に機能するためには、何よりもまず利用者において適切な選択が行われることが前提であり、そのためには、利用者が適切な選択・決定をする際に必要かつ十分な情報がなければならない。「自分自身の状態に関する客観的な情報」を利用者本人が把握できるようするとともに、地域における介護サービスの内容に関する客観的で適切な情報が利用者本人に提供されることが必要である³⁹⁾。

39) 厚生労働省「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」H15 年

Ⅲ 介護保険制度

①介護保険制度の創設

高齢化に伴い介護や支援の必要な高齢者の増加は、特定の人々に起こる問題ではなく、社会全体における一般的・普遍的な現象となった。すなわち、高齢にともなう介護リスクは社会一般の問題となってきた。また、核家族化など家族構成の変化、成長した子どもたちが地元で就職せず都会に出て行く、社会構造の変化などによって家族による高齢者の介護に限界が来ている。介護保険制度はこのような時代的背景のもとに創設された。

介護保険法第1条「この法律は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となったり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

これまで肉体的・精神的にも、経済的にも家族に依存してきた高齢者の介護を社会全体で支える制度、いわゆる、介護の社会化を目指す。また、これまでの高齢者福祉制度における介護サービスの提供は、サービス利用者の自己選択や自己決定という考え方はなく、救貧的・慈善的な行政処分としての措置であったが、介護保険制度は、社会保険方式により、サービス提供者と利用者が対等な関係に立って自由にサービスを選択し、決定していく仕組みを目指している。

これまで、介護を必要とする高齢者を支える仕組みは、保健・医療・福

社と分立していた。特に、医療の分野において、治療を目的として入院した高齢者が、医療的には回復しているにも関わらず、介護の必要から病院に滞留することによって、本来の医療を必要としている人々が病院を利用できない社会的入院の問題があった。この社会的入院が、個人的には費用負担の不均衡を生み、社会的に医療費増大の原因となっていた。介護保険制度は、介護を医療保険から切り離し、医療の歪みを正し、医療提供体制など総合的な医療制度改革の前提条件となっている。措置制度における介護サービスの提供は競争原理が働かず、サービスの質の向上が図られにくい。介護保険制度は競争原理を働かすため、一定基準の民間営利企業や協同組合、NPOなどの民間非営利団体などの事業者にサービス供給主体を拡大し、サービスの供給主体を多様化することによってサービスの質の向上を図っている。サービスの提供を必要とする人の心身状態に適合した体系的な介護、介護サービスの標準化・科学化など介護の必要からサービス提供、再提供を一連としたシステムを運用するケアマネジメントの考え方を導入した。

人は、年齢や障害の有無にかかわらず尊重され、人間らしく基本的人権が保障され、大切に処遇される必要がある。高齢者の介護においても、認知症や寝たきりの状態にあっても、身体拘束や虐待などを受けることなく、人生の先輩として敬愛され、最後まで人間らしく生きていける必要がある。すなわち、「個人の尊厳は保持されなければならない」。介護サービスは、自分の意思で生活の仕方や人生のあり方を選択し、決定する「自律した日常生活」を支えるものであって、押しつおすようなものであってはならない。介護の負担を家族のみに負わせることから社会全体で担っていくこととした。すなわち、国民全体で介護保険料を「広く浅く」負担する「国民の共同連帯」の制度とした。

なお、介護保険法の第4条は「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増

進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。」いわゆる「国民の努力および義務」を定めている。

②介護保険法の改正

平成 15 年に「2015 年の高齢者介護」が報告された。2015 年は第二次世界大戦終結後の 1947 年から 1949 年の 3 年間の第一次ベビーブームの時代に生まれた、いわゆる「団塊の世代」が 65 歳以上となり、高齢者の仲間入りをする年である。この年以降、これまで親の介護をする側であった人々が、介護を受ける側になる可能性のある年である。また、高齢化率の伸びはもっとも大きくなるとされている。

平成 17 年に改正された介護保険法は、介護認定者の増大、中でも軽度者の増加と経年変化による重度化率の増大をふまえて、介護予防重視システムへと転換することによって介護予防サービスの効果を向上させようとした。また、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられ、地域において包括的・継続的な介護が受けられるよう、地域で支える介護を目指している。具体的には介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど業務、すなわち、包括支援事業を実施する。その中核的機関として地域包括支援センターが設置する。これまでの介護保険サービスの提供は全国一律であり、大きな区分として在宅か施設かであった。日常生活圏ごとに弾力的に運用できる住宅でもない、施設でもない「地域での自宅」である地域密着型サービスが必要だとされた。すなわち、住民が日常生活を営んでいる区域で、地理的条件、人口、交通事情など社会条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備

状況など総合的に勘案された生活圏域での柔軟な介護サービスの提供の必要がうたわれた。具体的には、認知症高齢者を対象とした認知症対応共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能がた居宅介護はじめ、小さな規模で提供できるサービスなどが含まれる。認知症高齢者が規模の小さななじみの環境と人間関係のもとで、落ち着いてサービスを受けることができるよう強く意識されたものである。介護保険制度は在宅を重視して創設されたが、現実には施設入所の希望が増大している。理由として、措置制度からの転換によって権利として利用しやすくなった。予防的に複数の施設を申し込む人が増えた、在宅サービスがまだまだ十分でないなどが考えられる。どちらにしても、施設への入所によって家族介護者の肉体的・精神的負担が軽減されること、居住費・食費・光熱費などが介護給付費に含まれ経済的な負担が軽減される状態にあった。在宅と施設における負担の公平を図るため、施設入所者には、在宅で当然必要とされる、家賃相当分の居住費や生活費（ホテルコスト）を負担してもらうこととなった。サービスの質の確保と向上のため、介護サービスに関する情報の公開を義務化し、介護専門員・指定事業者の定期的な更新制が導入された。

平成 20 年に改正された介護保険法は、相次ぐ介護サービス事業者の不正の発生を踏まえて、事業者の不正事案の防止、介護事業運営の適正化を図るため、法令順守等の業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部への立ち入り検査権の創設、不正事業者の処分逃れ対策などを盛り込んだ。

③介護保険制度の概要

a 保険者と被保険者

介護保険制度を運営する主体である保険者は市町村及び特別区であり、介護保険の収入と支出を管理する。なお、規模の小さい市町村にあっては、運営の安定化・効率化の観点から、広域連合など特別地方公共団体も保険者となることができる。具体的には、給付に要する費用について、負

表3 介護保険の被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	要介護者（寝たきり・認知症）、要支援者（虚弱）	初老期認知、脳血管障害等の老化起因の疾病（特定疾病）
保険料負担	市町村徴収	医療保険料として徴収、納付金で一括納付
賦課・徴収方法	所得段階別定額保険料（低所得者負担軽減）年金の一定額以上は年金天引き（特別徴収）、以外は普通徴収	健保：標準報酬×介護保険料率（事業主負担あり） 国保：所得割（応能割）、均等割（応益割）など（国庫負担あり）

担すべき額を一般会計から介護保険特別会計に繰り入れる、被保険者の資格を管理する、介護認定審査会を設置して判審査定、要支援・要介護の認定を行う、認定された被保険者に保険給付を行う、地域密着型サービス事業者・介護予防支援事業者の指定を行う、指定居宅サービス事業者・施設への立ち入り検査を行う、地域支援事業を実施し、地域包括支援センターを設置する、市町村介護保険事業計画を策定する、第1号被保険者の保険料を賦課・徴収する。

介護保険では被保険者は法律で定められており、強制加入となっている。これは、保険事故の危険を分散させ、健康なものが加入を避け、高い危険性を持つ者だけが加入する「逆選択」を避けるためである。市町村の区域内に住所を有し（外国人登録をしている者を含む）、65歳以上のものを第1号被保険者といい、医療保険に加入している40歳以上65歳未満の者を第2号被保険者としている（表3）。

b 要介護認定

介護保険給付の対象者には、要介護1～5の5段階、要支援1・2の2段階がある。介護保険法第7条は「要介護状態とは、心身上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、

常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省の定める区分のいずれかに該当するものをいう。要支援状態とは、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令が定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分のいずれかに該当するもの」としている。

介護が必要な状態になった被保険者が保険給付を受けるためには、市町村による要介護・要支援認定を受けることとなる。被保険者や家族などが市町村に要介護認定の申請を行うと、市町村の担当者による訪問調査が行われる。市町村の職員などにより、申請被保険者の居宅等における、心身の状況など調査で、介護の必要性を計測するものである。訪問調査において、市町村職員は、高齢者の日常生活動作力や精神的な状況等に関する一定の項目について調査を行い、調査項目に関連した特記事項について記録する（表4）。

調査をもとにコンピュータシステムを用いて基準時間が算出され、要介護認定の1次判定が出る。1次判定の結果と申請被保険者の主治医の意見

表4 認定調査票の基本調査項目

74 項目	認定アセスメント項目 (62 項目)	第1群 身体機能・起居動作 (20 項目)
		第2群 生活機能 (12 項目)
		第3群 認知機能 (9 項目)
		第4群 精神・行動障害 (15 項目)
		第5群 社会生活への適応 (6 項目)
	過去 14 日間に受けた 特別な医療 (12 項目)	処置内容 (9 項目)
		特別な対応 (3 項目)

書が市町村の設置する介護認定審査会において、訪問調査の際の特記事項と共に審査され、被保険者の要介護状態に関する最終的審査である2次判定が行われる。介護認定審査会は、医師や看護婦、保健師、介護福祉士、社会福祉施設の施設長など、標準的には福祉・医療・看護の専門家5人から構成される。審査会は、申請被保険者について、自立、要介護1～5の5段階、要支援1・2の2段階、8段階のいずれに該当するかを判定する。この判定に基づいて、市町村は、原則として被保険者の申請から30日以内に要介護認定を行わなければならない。なお、市町村の介護認定の結果に不服のある場合は、被保険者は都道府県に設置された介護保険審査会に対して不服申し立てを行うことができる。要介護認定を受けた被保険者である要介護被保険者は、自宅で訪問介護、訪問看護、訪問入浴サービスなどの居宅サービスや地域密着型サービスの提供を受けるか、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）など施設に入所して施設サービスを受けることとなる。要介護被保険者が居宅サービスや地域密着型サービス利用する場合は、原則として指定居宅介護支援事業者に介護サービス計画、いわゆる、ケアプランの作成を依頼し、その計画に基づいてサービスの提供を受ける。なお、被保険者自身でケアプランを作成することも可能である。ケアプランは、被介護保険者の心身の状況や家族の状態、住居などの環境、本人のニーズなど踏まえて、指定居宅介護支援事業者に所属する介護支援専門員、いわゆる、ケアマネジャーが作成する。被介護保険者が介護施設に入所する場合は、施設のケアマネジャーがケアプランを作成する。なお、ケアマネジャーが被介護保険者のニーズなどに基づいてケアプランを作成し、事業者と連絡調整し、サービスの提供を円滑に提供・利用できるようにすることを、ケアマネジメントと呼ぶ。要支援1・2に認定された被保険者に対しては、介護予防サービス計画が地域包括支援センターの保健婦によって作成される（図8）。

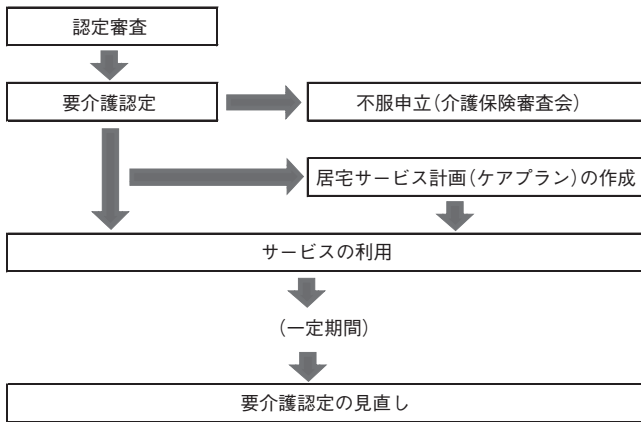


図8 要介護認定の流れ

c 保険給付

介護保険の保険給付には、要介護認定を受けた被保険者に対する介護給付、要支援認定を受けた被保険者に対する予防給付、市町村が独自に条例で定める市町村特別給付がある。居宅サービスの保険給付は、要介護度に応じて支給限度額が設定されており、被保険者は保険給付の支給限度額の範囲内で、ケアプランに基づいてサービスを利用する。支給限度額を超過した場合、その超過部分のサービス費用は原則的に全額利用者の自己負担となる。介護保険の保険給付は、被保険者に対する金銭給付、償還払い給付の形式をとっているが、実際は介護サービス利用にあたっては、被保険者に代わって保険者が指定した事業者が介護サービス費用を支払う、代理受領方式になっている。結果、被保険者は、医療保険と同じように現物給付と同じような方法でサービスを受けることが出来ている。なお、保険給付は、介護サービスの9割がその対象で、被介護保険者である介護サービス利用者は1割を自己負担することになっている（表5）。

表 5 保険給付の支給限度額

	要介護度	支給限度額（単位）
要支援	1	4970
	2	10400
要介護	1	16580
	2	19480
	3	26750
	4	30600
	5	35830

d 運営

介護保険は、給付費の 50% を保険料が負担し、残り 50% を公費負担としている。給付費の 50% と占める保険料は、20% を第 1 号被保険者の保険料、いわゆる、第 1 号保険料でまかない、残り 30% を第 2 号保険料でまかなっている。この負担割合は、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者の割合に基づいており、高齢化と共にその比率は変化していくこととなる。公費負担の割合は、国が 25%、都道府県が 12.5%、市町村が 12.5% となっており、施設等給付は、国 20%、都道府県 17.5%、市町村 12.5% となっている。国の負担 25% のうち、5% は市町村保険者における 75 歳以上の後期高齢者の割合や第 1 号被保険者の所得水準の相違などを勘案して、調整交付金が交付される。この財源構造が市町村の運営する介護保険財政に反映されるため、市町村の第 1 号被保険者が納付した保険料の総額に基づいて、第 2 号被保険者の保険料が交付されることとなる。公費負担についても、この基準に基づいて交付されるので、市町村の第 1 号保険者の納付保険料の総額が市町村の介護保険財政の規模を決定することとなる。なお、市町村の介護保険財政の安定化を図るため、都道府県には財政安定化基金が設置されており、保険料収入に不足が生じた場合などに交付・貸付が行われる。

厚生労働大臣が定める、介護給付等対象サービスの提供体制の確保等に関する基本指針に基づいて、市町村は、対象サービスの種類ごとの見込み量、見込み量確保の方策、介護サービスの円滑な提供に関する事項などの市町村介護保険事業計画を作成する。また、都道府県は、都道府県が定める区域ごとに、介護保険施設の介護サービスの見込み量、施設整備に関する事項、介護サービス従業者の確保・資質向上の事項などに関する都道府県介護保険事業支援計画を策定することとなっている。

平成 17 年の介護保険法改正により、高齢者が要介護・要支援状態になることを予防し、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化するため、中核的役割を担う地域包括支援センターが設置された。地域包括支援センターの運営主体には、市町村、在宅支援センターを運営する社会福祉法人や医療法人などがあり、中学校区に一つ設置され、保健婦、主任ケアマネジャー、社会福祉士などがチームを構成して地域の問題に対処している。地域支援事業には、65 歳以上で生活機能が低下し近い将来介護が必要になるおそれのある高齢者、いわゆる特定高齢者に対する介護予防事業と地域に居住する全ての第 1 号被保険者を対象に行う介護予防事業がある。また、介護予防ケアマネジメント、総合相談、支援、など包括的支援事業などが含まれる。

Ⅳ 高齢者介護と自己選択

①高齢化と介護（ケア）

人口の高齢化は世界的に続いており、60 歳以上高齢者の割合は 2050 年には 22% を占めると考えられている。また、65 歳以上高齢者に対する 15～64 歳の労働力人口の割合（PSR）は、2050 年までに高齢者 1 人あたり 4 人に低下すると予測される。すなわち、4 人の若年層で高齢者 1 人を支える時代が近い将来に到来するのである。先進国のみならず、発展途上国

においてもこの傾向は変わらない。高齢化の中で特徴的な傾向として、高齢になればなるほど女性の割合が増加していることである。80歳以上高齢者の女性は男性の2倍、100歳以上高齢者は4～5倍になると考えられ、高齢化社会における課題を考える場合、高齢女性に多くの視点を向けることになる。日本における高齢化は、世界標準よりは進んでおり、すでに22.7%が65歳以上高齢者で、男性・女性の比率は約3対4となっている。中でも75歳以上高齢者の比率は増加傾向にあり、女性の平均寿命は86.05歳、男性の79.29歳より高く（平成20年）、引き続き伸びると考えられている。結果、その比率はさらに高まるであろう。日本の生産年齢人口は、高齢者人口の上昇とは反対に年々減少しており、2009年現在すでに高齢者1人に対して現役世代2.8人で支えることになっている。75歳以上高齢者に絞った場合でも5.9人で支えることになっている。2055年現在では、およそ1.3人の現役世代が1人の高齢者を支える社会が到来すると考えられている。歴史的には、高齢者の老後の生活の安定は、本人の貯えと本人が生み育てた人的貯えである子どもたちが担ってきた。近年においては、社会生活を営む人が多数集まり、財貨を拠出（保険料）して、共通の準備財産をつくり、それによって個人の経済生活を安定したものにしようとする仕組み（保険方式）となっている。いわゆる、社会全体で高齢者の老後の生活の安定を図ることとしているのである。日本の場合、社会構成員に強制加入を求めて、全国民（国民皆保険・皆年金）を包みこんだ社会保険制度となっている。なお、社会保険の財源は保険料中心であるが、保険料以外の主なものには国庫負担金がある。保険制度は、多数の者が保険料を出し合い、給付事由（突然の大きな出費）が発生したときには、その事由に必要な財貨を支払い生活の安定を維持するための保険金を給付する制度である。特定の個人について、給付事由が発生するか、いつ発生するかは、予測することができない。しかし、多数の人について統計をとり、過去の経験や資料なども加味すれば、一定期間に給付事由がほぼ確実に発生

する確率は算出することができる。この確率をもとにして、一定期間に保険者が支払わなければならない保険金の総額を予測し、これに見合う保険料を保険契約者から徴収すれば、保険料の総額から保険金の総額を差し引いた収支は均衡する。いわゆる「経験的確率と理論的確率が一致する」という大数の法則に基づいている。人口の高齢化と高齢人口の割合の増大は、給付事由の発生確率を押し上げることとなっている。また、労働力人口の減少は、社会構成員、いわゆる保険料を負担する国民の減少を意味している。給付の総額を予測し、これに見合う保険料を社会構成員から徴収することから、2055年の生産年齢人口と高齢者の比率である1.3、高齢者1人を現役世代1.3人で支える保険制度は成り立たなくなっている。

高齢者1人に対して現役世代が支える割合である依存比率は、世界のあらゆる国々で社会構造、伝統あるいは社会保障制度に確実に影響を及ぼしている。伝統的な高齢者が親類あるいは地域社会の介護（ケア）と保護を受けてきた地域においては、社会的な性質の変化が生じている。扶養対象となる高齢者が増大すると同時に、大家族などの伝統的なケア提供の機構が多く地域で、その維持がますます困難となりつつある。日本での都道府県別の高齢化率は、東京、大阪、愛知を中心とした三大都市圏で低く、それ以外の地域で高くなっている。このことは、支えられる側の高齢者が地方に住んでおり、支える側の現役世代が都市圏に住んでいる状況を表しているものといえる。高齢の親を故郷におき、子どもたちは日々都会で暮らしている。お盆と暮れに、年に一度か二度おじいちゃん・おばあちゃんを訪ねる、あの帰省ラッシュを思い浮かべれば分かるであろう。社会構造的にも、高齢者世帯は増加しており、65歳以上の高齢者世帯の世帯構造は三世代世帯が減少傾向にある一方、単独世帯、夫婦のみの世帯、親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にある。いわゆる、大家族などの伝統的なケアは多くの地域で、困難となっているのである。子どもとの同居率も、大幅に減少しており、一人暮らし又は夫婦のみの世帯が大幅に増加してい

る。子どもとの接触頻度は、「週1回以上」が46.8%であるのに対し、「月に1～2回以下」は53.2%となっている。親と子の家族としてのコミュニケーションが、希薄にならざるおえない状況にあると言える。高齢者の側も、年齢が低いほど子どもとの同居率は低くなる傾向にあり、子どもや孫との付き合い方について、60歳以上の高齢者の意識は、より密度の薄い付き合い方でもよいと考える人々が増えている。これは、他者にわずらわされない自由な老後の生活を自ら望んでいるという事なのか、それとも、子どもや孫に囲まれて過ごす老後の生活を諦めているという事なのか、または、自身も老親の介護をしてこなかった、その結果なのか、いずれにしても、家族や親族に頼るケアの在り方は成り立たないと思われる。諸外国との比較でも、我が国の高齢者は別居している子との接触頻度が低く、さらにその困難を感じさせる。高齢化に伴う介護や支援の必要は特定の人々の問題ではなく、社会全体における一般的・普遍的な問題となっている。また、核家族化など家族構成の変化、成長した子どもたちが地元就職せず都会へ出て行く、社会構造の変化や意識構造の変化などによって家族による介護は困難な状況にある。介護は個人の問題ではなく、社会全体の問題となった。介護の負担は家族のみが負うのではなく、社会全体で担っていくのである。福祉社会の経済社会システムとしての社会保障制度として高齢化による介護の問題は対処される。この場合、高齢者を支える現役世代が、介護を必要としている高齢世代のケアのコストを案分し、賄う方式である「賦課方式」、また、現役世代が今の高齢世代を支え、自らが高齢となったときには、子どもたちの世代である次の現役世代に支えてもらう「世代間契約」の方法では、高齢化と少子化が同時に進行する時代において福祉社会のシステムとしては成り立たない。高齢者介護の政策立案者や研究者はもとより、マスメディアや一般市民にも、発想の転換が必要となっている。当然、元気な高齢者が介護の必要な高齢者に関わり、出来るだけ自らの健康を維持し、介護の必要な状態に至らないようにするこ

とが必要である。

さらには、高齢者の社会参加の機会の増加を図らなければならない。高齢化につれて、定年退職、子供の独立、友人や配偶者との離別・死別など人間関係の喪失を経験するようになる。定年退職は、これまで仕事をともにしてきた同僚や部下との別れであり、子供の就職や結婚は、親密であった子供が親から離れ、新たな親密な人間関係を作り出していく過程である。高齢期になると、その死亡率は年々高くなり、後期高齢期には、その割合はさらに高くなっていく。このように、高齢期における死亡率の増加は高齢者にとって友人や配偶者との別れを意味し、高齢化とともに親密な人間関係が失われることを意味する。定年退職は、一方で所得の喪失を意味している。高齢者世帯の平均年間所得は、全世帯平均年間所得のおよそ半分になり、高齢者の就労の機会は大きく減少する。日々の生活は、年金や貯蓄などに頼ることとなり、過去の蓄積を取り崩していくこととなる。高齢を理由として、人々は社会的役割を果たすことから疎外され、満足して社会生活が送れないようになるのである。健康状態も、高齢化とともに損なわれ、高齢者のおよそ半分は、病気やけがなど何らかの自覚症状を訴えるようになる。さらに、通院の割合も高齢化とともに増加する。日常生活の影響に関しては、およそ4人に1人の高齢者は、健康上の問題で、日常生活において動作・外出・仕事・家事・学業・運動・スポーツなどに影響が起きているとしている。すなわち、日常生活動作、具体的には起床、衣服の着脱、食事、入浴などに問題が起こっているのであり、外出・仕事・家事・学業などにおいて時間や作業量などに制限が発生するようになるのである。ついには、人の手を借りなければ生活が困難となる、介護状態が待ち受けている。平均的に人々は、亡くなる8.5か月前には寝たきりとなっている。高齢期には、加齢による健康の喪失を起因とした、日常生活の自由が低下していくという、生活の喪失が待ち受けているのである。交通事故における高齢者の死亡数は、全死亡者数の4割を占め、歩行中の交

通事故被害者の高齢者の占める死亡割合は、全死亡者数の倍以上である。火災における高齢者の死亡者率も、全死亡者の5割前後を占め、逃げ遅れによる高齢死亡者は、全体の6割近くに上る。高齢期には、健康の喪失が、生活の喪失となり、日常生活での活動の低下が社会的不利へとつながり、高齢者の安全を脅かすこととなっている⁴⁰⁾。

高齢期には高齢者の社会参加を困難にする状況が社会の事実として客観的にも、社会的・個人的意識として主観的にも存在する。だからと言って、全ての人の高齢期は介護が必要な時期ではなく、大部分は介護を必要としない人々である。健康づくりや介護予防に取り組むことにより、介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くし、能力を活かし地域社会に積極的に参加することは可能である。それは、自分らしく生きがいのある充実した人生を送ることにつながる。特に、高齢者が介護の必要な状態にならないようにするため、高齢期に入る前から、心身の健康についての知識を深めることを含めて健康づくりに努め、十分に備えておくことが必要である。また、このような取組によって、元気な高齢者が増加していくことにより、高齢者自身が地域社会での助け合いの仕組みの主体となることが可能となる。現役世代が高齢世代を支えるシステムではなく、高齢世代もその能力に応じて支える側に回ることが可能なシステムこそが福祉社会には求められているのである。

②介護と自己選択

自由な自己決定の積み重ねこそが「尊厳ある生活」の基本である。高齢者の介護は病気への対処だけでなく、身体的、心理的、社会的、精神のおよび環境的要因の相互関係を考慮した上で、その総合的福祉を図るものである。保健・社会分野と家族の関わりによって、高齢者の生活の質的向上

40) 李義昭「高齢期における人間関係の再構築」追手門学院大学『追手門経済論集 第42巻 第2号』pp 164～136 2007年

を図るのである。プライマリー・ヘルスケアをはじめ、健康増進努力は、社会のあらゆる活動から排除・疎外されずに、高齢者が自らの家族と地域社会の中で、できるだけ長く自立した生活を送れるようにすることである。高齢者の障害と病気を減らすには、早期の診断と適切な治療、予防措置が必要である。後期高齢者および日常生活に支障をきたしている高齢者に対する医療の提供には、特別の注意を払うべきである。自然災害などの緊急事態においては、高齢者は脆弱な状況にあるということを認識しなければならない。何故なら、高齢者は、家族や友人から離れて孤立している可能性があることと、食糧や避難所を見つけることが、一般の人々に比べて困難であるからである。

また、多くの場合、高齢者は承諾が必要な人々と見なされず、高齢者に影響する決定はしばしば、高齢者自身の参加なしに行われる。特に、後期高齢者、虚弱者あるいは障害者は、自らが受ける介護の種類について選択権を与えられない傾向にある。何が必要で何をすべきか、高齢者自身が最もよく知っている。高齢者の生活管理は、保健、社会サービスおよびその他のケア担当者の手だけに委ねるべきではない。医療の開発および保健サービスの機能についても、高齢者の参加は有用である。高齢者介護の原則は、高齢者ができるだけ長く地域社会で自立した生活を送れるようにすることである。高齢者に対する虐待にも配慮が必要である。ネグレクト（放置）、虐待及び暴力は、身体的、心理的、情緒的及び資金的なものを始め、様々な形態で行われる。これらの行為は、色々な社会、経済、民族及び地域で発生する。人々の回復能力は加齢とともに衰えるため、虐待を受けた高齢者は、精神的衝撃に起因する身体的又は精神的障害から完全に回復することは難しい。恥ずかしさや恐怖のために助けを求めようとしがらないため、精神的衝撃の影響は悪化する可能性が高い。高齢者に対する虐待、詐欺商法及び犯罪行為を予防するために、地域社会は協力しなければならず、専門家は、家庭、地域社会及び施設において公的・私的介護者か

らネグレクト（放置）、虐待及び暴力を受ける可能性があるということを常に考慮しなければならない。

日本において、これまでの介護サービスの提供は、サービス利用者の自己選択ではなく、救貧的・慈恵的な行政処分としての措置であった。介護を必要とする高齢者を支える仕組みは、保健・医療・福祉と分立しており、特に、医療の分野において、治療を目的として入院した高齢者が、医療的には回復しているにも関わらず、介護の必要から病院に滞留することによって、本来の医療を必要としている人々が病院を利用できない社会的入院の問題があった。この社会的入院が、個人的には費用負担の不均衡を生み、社会的に医療費増大の原因となっていた。措置制度における介護サービスの提供は競争原理が働かず、サービスの質の向上が図られにくい。行政だけではなく、一般市民や一般企業、NPO や NGO がボランティアや非営利活動として、日常生活において介護の問題にかかわる事によって、サービスの供給を多様化することが、サービスの質の向上へとつながる。サービス提供者と利用者が対等な関係に立って自由にサービスを選択し、決定していく仕組みこそが「尊厳ある生活」の基本である。人は、年齢や障害の有無にかかわらず尊重され、人間らしく基本的人権が保障され、大切に処遇される必要がある。高齢者の介護においても、認知症や寝たきりの状態にあっても、身体拘束や虐待などを受けることなく、人生の先輩として敬愛され、最後まで人間らしく生きていける必要がある。介護サービスは、自分の意思で生活の仕方や人生のあり方を選択し、決定する「自律した日常生活」を支えるものであって、押しつぶすようなものであってはならない。高齢者が自分自身の生活を自ら組み立てていく一環として、介護サービスについても、自分自身に適したものを自ら選択・決定することは、市場における公正な競争の下、利用者の選択によってサービスが提供される仕組みそのものである。競争を通じてより良いサービスが選択され、全体として介護サービスの質が高まることが期待される。競争が

正常に機能するためには、利用者の自己選択が前提であり、適切な選択・決定には必要かつ十分な情報がなければならない。自身の状態に関する客観的な情報と地域における介護サービスの内容に関する適切な情報が提供される必要がある。

市場システムにおいて、サービスを提供しようとする企業の間における競争とそのサービスを利用しようとする消費者の自由な選択が、価格を通じた調整によって提供しようとするサービスの量と利用しようとするサービスの量を決定する。その時、人々のそのサービスに対する満足は最も大きくなっていることになる。すなわち、生産者の供給と消費者の需要が、一定の価格と数量で均衡し、労働・資本・エネルギーなど貴重な資源が効率よく財やサービスに利用され、社会全体の満足である社会的余剰が最大となっているのである。介護サービスの提供と利用においても、民間営利企業や協同組合、NPOなどの民間非営利団体などの事業者にサービス供給主体を拡大し、サービスの供給主体を多様化することと利用者の自己選択によるサービス需要の決定が、最も良いサービスを最も安い価格で提供させることになるのである。この場合における利用者の自己選択は、完全な情報に基づいて、そのサービスが利用者にとって最も満足のいくものであって、最も適当な、若しくは最も安いと思える価格になっていなければならない。すなわち、自己選択が自身の状態に関する客観的な情報と地域における介護サービスの内容に関する適切な情報に基づいて行われ、また、必要かつ十分なサービスの提供が行われていることである。しかし、一般的に市場システムにおいては、供給側と消費側において保有される情報の量の大きさは非対称である。すなわち、市場システムではサービスの供給者とサービスの利用者が、価格を通じて、サービスの供給量と需要量を一致させる。しかし、一般的にはサービスの供給者が保有する情報とサービスの利用者が保有する情報の間には大きな格差がある。例えばあるサービスの取引において、サービスの供給者はサービスの品質に関する豊富

な情報を所持している。一方で、サービスの利用者はサービスの品質に関する情報をほとんど所持しておらず、サービスの供給者からの説明に依存するしかない。サービスの利用者は、サービスの品質に関する情報について、サービスを購入するまで完全には知りえない。そのため、サービスの供給者の説明に、サービスの利用者が納得できないという状況がしばしば発生する。このように、取引・交換の参加者間で保有情報が対等ではなく、一方が情報優位者に、他の一方が情報劣位者になっている状況（情報分布にばらつきが生じている状況）が生じ、情報優位者にとって有利な結果をもたらし、市場の取引が適正に進まなくなる。このような状況を回避するには、情報劣位者が情報を収集し、取引に必要な・十分な情報が提供されなければならない。でなければ、より良いサービスが、より安い価格で提供されたことにはならない。介護サービスにおける自己選択においても、サービス提供者と利用者が対等な関係に立って自由にサービスを選択し、決定されなければならない。

わが国の介護保険制度は、高齢化に伴う在宅の家族介護における、いつ終わるとも知れない長期の介護、高齢になった配偶者や子どもたちによる老老介護、嫁や子どもたちが自らの生活を犠牲にした無償の労働による介護など在宅・家族介護の行き詰った状況を解決すべく創設された。1996年に介護保険法が国会に提出され、2000年に施行された介護保険制度は、家族依存の介護から社会全体で介護を支える介護の社会化、救貧的・慈恵的制度である措置から自らの意思決定によりサービスを選択する、契約制への転換による介護サービス利用の自己選択、保健・医療・福祉に分立していた介護サービスの利用手続・費用負担の統一、民間営利企業や協同組合、NPOなどの民間非営利団体などの供給体の多様化による競争に基づくサービスの質の向上、ケアマネジメントによるサービスの提供を必要とする人の心身状態に適合した体系的な介護サービスの標準化を目指した。2005年の介護保険法の改正では、施行以降の軽度の要介護認定者の増加

と経年における要介護者の重度化を受けて、制度を予防重視型システムへと変換させた。また、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう包括支援事業など地域で支える介護を目指した。さらにサービスの質の確保と向上のために、介護サービスに関する情報の公開を義務付けている。次ぐ、2008年の介護保険法の改正では、介護サービス事業者の不正の発生などに対して、業務管理体制整備の義務付けなどを盛り込んでいる。情報の非対称性をなくし、消費者の自由と自己責任に基づいて決定されるサービス利用の選択こそが、市場システムを適正に機能させ、資源の効率的な配分を可能にさせるのである。すなわち、介護サービスの利用において、その利用者が自らのサービスニーズを良く理解し、提供されるサービスの内容・質を良く把握して、必要で十分な、最も適当であるサービスを決定・選択することが、サービス提供者を監視し、質の良い・安価なサービスを提供させることになるのである。そのためには、介護サービスについての、全ての情報がサービス利用者に開示されなければならない。

お わ り に

高齢化による社会構造の変化や高齢化による高齢者介護の問題は、先進諸国だけの問題ではなく、これから、発展してくる途上国の問題でもある。福祉社会において、福祉は国家が中心となって、担うものではなく、行政や一般市民も含めた、社会全体で担うものとなってくる。高齢者の介護においても、介護サービスは嫁や子どもたち、配偶者の無償の労働によって提供されるものではなく、高齢者自身を含めた、民間営利企業や協同組合、NPOなどの民間非営利団体などの多様な供給体によって提供されるものである。この場合における、サービスの利用は完全に公開された情報に基づいて、サービスの利用者、すなわち、サービスを利用しようとする高齢者のニーズと自己選択によって決定されなければならない。その自

己選択が、高齢者の尊厳を守り、サービス提供事業者を監視し、より質の高い、安価なサービスを創造するのである。そのような意味で、日本の介護制度が目指している、地域住民も参加した地域で支える介護、いわゆる社会全体で支える介護、サービス提供者と利用者が対等な関係に立って自由にサービスを選択し決定する、措置ではなく契約による介護サービスの自己選択、その選択を適正なものにする介護事業者の介護サービスに関する情報の公開の義務付けなどは、福祉社会のシステムとして必要であり、有効であると言える。

参考文献

1. 国際連合広報センター「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」1999年
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division “World Population Ageing” 2009年
3. 第2回高齢化に関する世界会議「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」2002年
4. 国連総会決議（決議46/91）「高齢者のための国連原則」1991年
5. 内閣府「高齢社会白書」平成22年
6. 高齢社会対策基本法 平成7年
7. 高齢社会対策大綱（平成13年閣議決定）
8. 厚生労働省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」平成15年
9. 李義昭「高齢期における人間関係の再構築」追手門学院大学『追手門経済論集 第42巻 第2号』pp 164～136 2007年
10. 介護保険法 平成9年12月17日 最終改正：平成23年5月2日

Welfare society and nursing care system

I-Chao Li

Abstract

Changing the social structure by aging and the problem of nursing care for elderly people are not the problems of advanced nations alone but also problems of the developing country. In the welfare society, welfare is not what only the nation supports it. Welfare is what the whole society including the citizens supports it. In the senior care, the care service is not the one offered by free labor of the bride, the child, and the consort. It is the one offered with various supply bodies such as the undertaking for profit, the cooperative society, and nonprofit organization including the senior citizen. In this case, it is necessary to decide the use of service by the self-selection of the user of service based on information completely open to the public. The self-selection protects senior citizen's dignity, the service offer entrepreneur is monitored, and the high-quality service is created at a low price.

Key words : welfare society, nursing care, self-selection

(2011 年 11 月 30 日受理)