

福祉国家の終わりの始まりとしての介護保険

はじめに

いわゆる「高齢社会」への危機感を背景として、2000年4月から介護保険制度がスタートした。それと前後して、「介護」という言葉もまた日常用語として定着しつつある。

しかしながら、「介護」という言葉をとりにて使うかどうかはともかく、年老いて心身の衰えた人々や慢性的疾患や障害に苦しむ人々の生活上の手助けをするという営み自体はこれまでも珍しいことではなく、介護保険という制度の導入以前から存在していたことはいうまでもない。

ただ、そうした営みは、1970年代までは、医師や看護師のような医療従事者による援助の場合には「医療」あるいは「看護」、家族や親族や友人などの素人によるものは単に「世話」・「看病」・「介助」と呼ばれていた。

現在での「介護」という言葉は、法的な厳密な定義を離れて、こうした直接的な身体接触（と感情的関与）をとともなうサービス労働一般を指して使われる広い意味の用語となっているようだ。もちろん、体系的な専門的知識と厳格な国家資格が必須とされる医療や看護は、厳密に言えば、介護とは異なる独自の領域として位置づけることができるのは事実である。

しかし、介護という語が実際の現場で指している意味内容はしばしばあいまいに拡大解釈されている。逆説的なことだが、「介護」として示される営みのとらえどころのなさによって、「高齢社会」への漠然とした不安感が、



美馬 達哉（みま たつや）
（京都大学医学部 助手）

略歴

1966年 大阪府生まれ
1997年 医学博士
現在 京都大学医学部助手
医療文化研究センター・メンバー

専攻

医療社会学、医療人類学、グローバリゼーション研究、
大脳生理学など

主要業績

・「病院」
（黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社、1995年）
・「脳死」と臓器移植
（佐藤純一、黒田浩一郎編『医療神話の社会学』
世界思想社、1998年） ほか

的確に表現されているともいえるだろう。

「高齢化」に対して、従来の行政制度上は縦割りになって分断されていた保健・医療・福祉を総合した対策が必要という認識は、介護保険制度そのものへの賛否は別として、多くの人々の共通了解事項となっている。

「介護」という比較的新しい耳慣れない言葉が、あっという間に当事者も含めてほとんどいたるところで語られるようになったこと自体が、「介護」として指し示されている現象が個々人の日常生活からマクロな政策レベルまでをつらぬく「社会問題」としてリアルに実感されているということを物語っているのかもしれない。

介護保険をめぐる議論

さて、最近の介護保険をめぐる論争を振り返るとそこには一つの興味深い点を見て取ることができる。それは、介護保険というシステムに関して、あるひとつの特徴が果たして

プラス面なのかマイナス面なのかが論者によって評価がまったく正反対になってしまうことがしばしばみかけられるという点である。

1 保険制度についての是非

(1) 支持者の意見

まず、従来の福祉サービスのように税金を財源として用いるのではなく、40歳以上の個々人が掛け金を払う保険制度を導入していることについて、支持者はこういう。

税金を投入する場合は他の政府支出と競合するために、高齢社会の進行にあわせて予算を増大させることが困難となる。しかし、社会保険としての独自の財源をもてば、収支も安定して将来計画も立てやすく、介護サービスの基盤の充実を図ることができる、と。

(2) 批判者の意見

これに対して、批判者は、税金のもつ所得再分配機能を強調する。

つまり、税制度では累進税率によって高額所得者ほど高い税率が適用されるが、保険制度では原則として所得にかかわらず定額ないし定率の保険料が徴収されるので低所得者の負担が相対的に重くなるという点である。

また、現在の介護保険制度では、介護サービスを実際に受ける場合に所得の多寡にかかわらず原則1割の利用料を徴収されるために、この傾向は強められている。つまり、同じ程度の要介護認定を受けてサービスを利用する場合に、一律の利用料負担のために、低所得者の実質的負担が相対的に高くなってしまっているのである(逆進性)。

2 介護サービスへの市場原理導入の是非

(1) 支持者の意見

一方で、このサービス費用の一部負担に関して、その支持者は、受益者負担の原則はサービスを購入する消費者としての権利意識を高め、サービス内容やサービス事業者を選択するという方向性も生まれると主張する。そうなれば、市場原理にもとづく競争によって、

より効率的でより質の良いサービス提供へのインセンティブが働くというのである。

(2) 批判者の意見

いうまでもなく、この議論に対して、批判者は、医療や福祉の領域に市場システムが馴染まないことを強調する。

介護サービスの受給者は多くの場合は情報

弱者であって、選択の権利を行使できるというのは現実的ではない（痴呆などによって認知・判断機能に障害がある場合はいうまでもないだろう）。サービスの性質上、緊急性があったり、継続性が求められるために、じっくり選んだり、度々取り替えることも非常に困難である。

また、介護サービス提供に営利というインセンティブが入ることによって、過疎地など

の収益の上がりにくい地域では介護事業者が参入せず、介護サービス購入が不可能あるいは限られたものになってしまう、という問題点も指摘されている。

さらには、そもそも医療や福祉の領域に民営化の手法を導入すること自体が、社会的弱者の生活権を保証するという公的責任の放棄であるという論者もいる。

3 21世紀の日本のグランド・デザインという観点

これらの論者は、同じ日本という国の、同じ21世紀初頭という時期の、同じ介護保険について語っているのかという点がいぶかしくなるほどに異なった像を描き出している。

こうした混乱した議論から今後のよりよい道筋を探し出していくには、介護保険という制度の問題点や利点、そしてその運用での改善点などを一つ一つ実地検証していくという作業はおそらく重要なことだろう。

しかし、それと同時に忘れてはならないのは、ある制度の本質を見極めるためには、21世紀の日本のグランド・デザインという観点から俯瞰することもまた必要だということだ。

ここではあえて、現在の議論では見過ごされている後者の点、つまり介護保険の背景となった社会的価値観を社会学の立場から概観してみよう。

高齢社会は存在しない？

1 「高齢社会」という価値判断とのギャップ

2001年での日本での高齢化率（人口全体に占める65歳以上人口の割合）はおよそ18パーセントであり、イタリア・スウェーデンなどと並んでもっとも高齢者の人口比の多い国のひとつとなっている。国連の定義では高齢化率が7パーセントを超えることが高齢化の指標とされることを考えれば、日本は十分「高齢社会」である。

にもかかわらず、ここで「高齢社会は存在しない」という挑発的表現を使ったのは、高齢者人口割合の高い社会という事実と、その事態を「高齢社会」と名付けるという価値判断の間のギャップを強調するためである。

たとえば、「高齢社会」は社会全体の活力の低下と結びつけられて語られることが多い。それは個人の「老化」と社会の「高齢化」（い

ずれも英語ではエイジングだが)とがアナロジーとして理解されているためであろう。

その際に、暗黙のうちに了解されているのは、「高齢化」とは(個人にとっての「老化」

2 「長寿」の錯覚

(1) 延びる平均寿命、延びない平均余命

まず、高齢化とは、単純に高齢者の人口が増大したということの意味するとは限らない。しばしば、日本が高齢社会になりつつある原因として、医療技術などの進歩による平均寿命の延び(長寿化)が指摘されるが、これは誤解である。

図1に示されているように、平均寿命はたしかに20世紀の後半の50年間に20歳近く延長している。しかし、成人の平均余命、たとえばグラフに示した65歳での平均余命(65歳の人々が以後どれだけ生存できるかの平均)は、同じ期間でおよそ7年長くなったにすぎない。

平均寿命とは、0歳の乳児が以後どれだけ生存できるのかという推定であり(0歳児平均余命)その延長は20世紀後半での乳幼児死亡率の激減によってもたらされたと考えられている。

つまり、平均寿命の延びとは人々が長生きするようになったということよりもむしろ、人々が若死にしなくなったという方が正確なのである。

と同様に)社会にとって自然なプロセスであって、避けることのできない非政治的な事柄であるという価値判断である。果たしてそれは事実だろうか。

人々がそれほど長生きするようになった訳ではないのになぜ急速に高齢化が生じているのか。

(2) 老年人口の増加、年少人口の減少

その答えは算数レベルでの計算にある。つまり、高齢化とは高齢者の人口比率の増大であって、分母である総人口の変動によっても大きく影響されるのである。図2に示したように、65歳以上の老年人口の増加はそれ以上に急速な15歳以下の年少人口の減少と同時である。したがって、高齢社会とは、少子化の結果にすぎないのだ。

少子化と高齢社会の出現との関連は、日本だけでなく他のアジア諸国においてはよりはっきりしている。たとえば、「1人っ子政策」によって人口抑制に成功しつつある中国は、2050年頃には老年人口が全人口の20パーセントを超える高齢社会になると推定されている。実際、すでに地球人口においてもその7パーセントが65歳以上であり、今後もその率は増加していくと考えられる。こうした地球規模での「高齢化」の進行は<グローバル・エイジング>とも表現されている。

図1 平均寿命と平均余命の変化

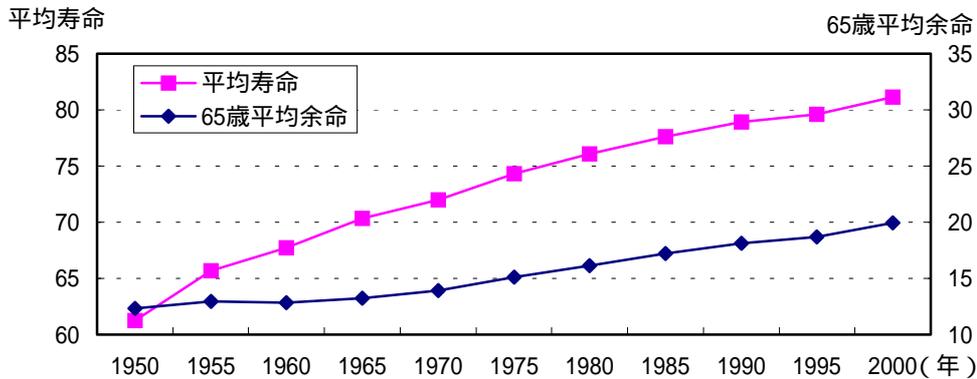
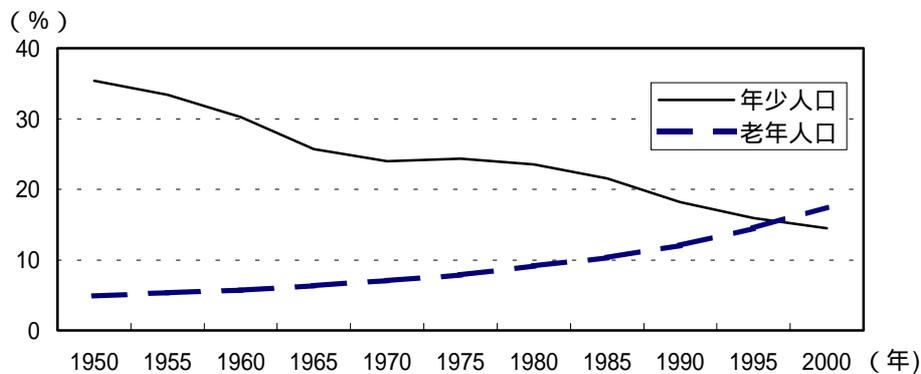


図2 年少人口と老年人口比率の変化



高齢社会ではなく少子化社会という視点

さて、高齢社会ではなく少子化社会と考えれば、そこに働いているのは不可避の自然なプロセスではなく、文化的・経済的な構造によって作り出された社会的プロセスであると

いうことを見て取ることはたやすい。介護保険の本題とは離れるが、福祉サービスや社会保障レベルと出生率の関連についての最近の議論を少し紹介しよう。

1 女性の社会進出と出生率

従来は、いわゆる女性の社会進出が増加して労働市場に参加する割合が増加した場合には、女性の家事・育児労働に対するインセンティブが低下して出生率が下がると考えられてきた。そのために、低出生率に対しては、家族主義的な価値観を強化する方向性がしば

しば押し進められ、専業主婦への優遇措置がとられることもあった(ただし、こうした考え方は、戦前の軍国主義時代を思い起こさせるとしてあまり評判は良くない)。

しかし、最近の実証的な国際比較研究では、女性の労働市場への進出率が高いほど出生率

が高いことが証明されている。つまり、仕事というキャリアの継続と子育てや家族形成とが両立しないならば子供を産まないという女

性たちの集合的意志がそこには現れているのである。

2 低出生率の悪循環

デンマーク出身の社会福祉研究者であるエスピン・アンデルセンは、(専業主婦重視の)家族主義的な福祉政策によって出生率が低下し、少子化=高齢化が進行し、国家の租税収入が低下し、同時に社会保険財政が不安定になることで、育児援助も含めた福祉サービスが低下して家族に負担がかかるため、さらに出生率が低下するという悪循環を<低出生率

均衡>と名付けて警告している。

もちろん、出生率の増減だけが問題ではない。しかし、高齢社会ということを目明の前提として議論するのではなく、「高齢化」そのものを社会的・歴史的プロセスの結果として認識できるような長期的ビジョンにたつこともまた求められているのである。

総力戦体制としての福祉国家

1 介護保険は 21 世紀型社会福祉システム

第二に問題にしたい点は、介護保険として登場してきた制度が、これまでの「福祉国家」と総称されてきた社会システムとどういう関係にあるのかという点である。

その理由は、最初に紹介した介護保険をめぐる最近の議論のほとんどは、福祉国家の是非やその危機に関するこれまでの議論の焼き直しともみえるからだ。したがって、もし介護保険が福祉国家というプロジェクトの一部にすぎないものであれば、私たちは福祉国家

の是非について議論し、その制度や運用面での問題点の一つとして介護保険を考えていくことが可能だろう。

しかし、もし、これまでの福祉国家とは異なる 21 世紀型の社会福祉システムの最初のあらわれが介護保険なのだとしたら、議論の枠組み自体のパラダイム・シフトが必要ということになる。先に結論からいえば、後者と考えた方が介護保険の本質がみえてくるのではないだろうか。

2 20 世紀型社会福祉システム

(1) 福祉国家という社会システム

歴史社会学では、20 世紀後半の国民国家、

特に(旧)西側の先進諸国の社会システムを、広い意味での「福祉国家」として特徴づける

ことがよく行われる。この意味での「福祉国家」は「ケインズ主義的福祉国家」ともよばれ、単に福祉予算の国家支出が多いか少ないかという問題ではなく、マクロ経済政策や社会システムのあり方も含めたワンセットと考えられている。

このシステムの中では、国家の果たすべき役割とは、国民に対して最低限の生活保障を行うことで社会の安定を図るという狭い意味での救貧だけに限定されるものではない。なぜなら、戦後に支配的となったケインズ主義的財政政策では、市場は本質的に不安定なものと考えられているために、国家が積極的に市場に介入することが必要とされたからである。特に、公共投資を通じて、社会基盤の整備や失業対策を行うことで総需要を拡大することが、市場を安定させ、恐慌を予防し、経済を成長させていくために有効かつ必要だと考えられていた。

この文脈のなかでは、福祉サービスも高齢化や失業や病気という労働市場でのリスクを管理して、市場原理を補完するセーフティーネットの一部となる制度として正当化されていたのである。

(2) 日本の福祉国家システム

さて、この福祉国家というシステムは、日本では1961年の国民皆保険・皆年金制度の導入に始まるというのが通説だった。

その後、福祉元年と呼ばれた1973年には高額療養費制度（患者の自己負担額に上限を設定）、老人医療費無料化制度、家族給付割合の

5割から7割への引き上げなどが行われて、福祉国家は実質化した。

このようにして成立した福祉国家というシステムは、日本国憲法での生活権の保証という理念と結びつけられ、第二次大戦敗戦後の民主主義的改革の成果として語られることが多かった。

(3) セーフティーネットかつ管理システム

しかし、ここで見落としてはならないのは、福祉国家は、医療・福祉・介護サービスを提供するセーフティーネットであると同時に、そのネットからこぼれ落ちる者がないように、また義務を果たさずに恩恵だけを受けている（フリー・ライドしている）者がないように社会をくまなく監視する管理の網（ウェブ）でもあるという点である。

それは、場合によっては個々人の生活の細々した点にまで国家が口出しをするという極端な管理社会にまで達する危険性がある。日本でも、生活保護受給の際の資力調査（ミーンズ・テスト）によって、（扶養義務者とされた）親族などのプライバシーにまで監視され踏み込まれることを羞じて、生活保護を受けない選択をする人も多い。

それでは、国家がいつごろから個々の国民の身体にまで介入し、その健康に配慮するようになったのか？ より正確に表現するならば、個人への監視と介入はどのようにして社会的に正当化されるようになったのだろうか？

3 日本での総力戦体制

この問への解答として最近注目されているのが戦時下の〈総力戦体制〉を重視する考え方である。

第二次大戦で顕著になった傾向として、近代国家間の全面戦争では、一国の経済的・社会的資源が総動員され、国民全体が巻き込まれるという事態がある。興味深いことに、こうして総力戦となった近代戦争においては、社会的権利の増大、社会保障給付の拡大、社会的平等の推進が引き起こされたのである（もちろん、だから戦争をどんどん起こすべきだと主張したいわけではない、念のため）。

（1）女性の労働力化

分かりやすいのは女性の労働市場への進出の例である。これは、戦争によって男性が徴兵された結果、代替労働力として女性がさまざまな職場に進出することが求められたためである。ナチス・ドイツや軍国主義下の日本のように公式のイデオロギーとしては、きわめて保守的な家族主義の立場（「女性は家庭へ」）がとられていたとしても、現実には女性の労働力に依存しない限り総力戦の遂行は不可能だったのである。

（2）社会保障の拡充

また、戦争被害に対する「犠牲の平等」という考え方が広く受け入れられるために、傷痍軍人や戦争遺族への恩給や銃後の家族への給付など社会保障は拡充された。経済活動についても、計画的な軍需品生産を優先するための戦時経済が導入され、賃金と生活必需品

の価格が国家によって低めにコントロールされることになる（統制経済）。

逆にみれば、このようにして国内での平等化・統合化政策がとられたからこそ、全国民を動員する総力戦が可能となったのであろう。

（3）日本の例

日本の例でも、日中戦争が泥沼的に拡大していく満州事変（1931年）から盧溝橋事件（1937年）を経た第一次近衛内閣の下での1938年は、「元祖・福祉元年」とでも表現したくなるような様相をみせる。

まず、この年に、現在の厚生労働省の前身である厚生省が、内務省から独立した一つの省として設立している。また、同年の「国民健康保険法」は、事実上の全国民を対象とした社会保険制度を確立するものであった。

当初、任意加入を建前として設立された国民健康保険制度は、1942年改正で強制加入となり、敗戦直前には内地人口約7,000万人のうち軍役など（公務員に対してはすでに共済組合が整備されていた）の約900万人をのぞいた国民の約3分の2を含むものとなっていた（約4,000万人）。こうして戦時下で導入された諸制度は、敗戦と占領という政治的動乱を超えて存続し、戦後の福祉国家へとつながっていったのである。

また、福祉や医療という側面だけでなく、行政指導による民間産業間の調整、それを可能にするメインバンク中心に行われる間接金融重視の企業の資金調達、株主・オーナーの

利益よりも経営者と従業員の一体性を協調する日本的経営などの「日本株式会社」と表現された諸制度も総力戦体制下の経済統制に端を発している。

しかし、1980年代にはその頂点を迎えてジャパン・アズ・ナンバーワンとしてもてはや

4 従来型の国家システムと異なる介護

さて、そうした視点からみると、近年導入された介護保険は、この総力戦体制としての福祉国家の延長線上から外れているのではないだろうか。

そう考える理由のひとつは、これまでの福祉国家が実際に社会福祉を運営する上でのパラダイムであった「入所措置」に対して、介護保険制度では「契約サービス」の考え方が中心となっている点である。

(1) 医療や福祉サービスの基本は収容

フランスの哲学者ミシェル・フーコーは、施設への収容を医療や福祉サービスの基本とする考え方の起源を、17世紀末から18世紀にヨーロッパでの社会的変化にあったと指摘している。当時、近代的理性によって支配された市民社会が成立したのと同時に、「非理性的」とされた人々が現在の病院の前身とされる「一般施療院」に閉じこめられた、という。この「非理性的」な人々とは、当時の支配的な価値基準に合わない人々のことであり、今日では別々に処遇されている病人、貧者、犯罪者、精神障害者などを指していたという。その意味で、福祉国家での「入所措置」には、単なる生活権の保障という明るい面だけでは

されたこのシステムも、「失われた10年」を経て評判を落とし、いまでは諸悪の根元のように扱われている。したがって、介護保険という問題も、日本という国家が迫られている広い意味での「構造調整」という全体的文脈のなかでとらえる必要があるのだ。

なく、理性によって行われた「閉じこめ」という暗い側面をも持っていた。

(2) 介護サービスの基本は非収容

一方、介護サービス提供の場合は、保健所や診療所や介護サービスセンターのような非収容的な施設が中心となる。この点は、介護保険が、従来型の福祉国家システムと大きく異なる点である。

しかし、施設収容ではなく、契約サービスであるということは、言うまでもなく、まったく自由であるとか管理が存在しないという意味ではない。受給者は、ケアマネジャーによってたてられたプランの範囲内でのみ（そして利用可能として与えられたサービス事業者の間での選択という範囲内でのみ）自由なのである。この点からは、マネジメントもまた、自動的にサービス受給者のためになるとは限らないという危険性も指摘されている。たとえば、ケアマネジャーが介護事業者所属の場合などには営利的方向へのインセンティブが働く可能性があるからだ。

つまり、これからの介護保険をめぐる議論には、従来の福祉国家システムと介護保険サービスとの違いを見極める鳥瞰的な視点と、

導入されてはや二年が経過した介護保険という新しいシステムを地道に評価していく視点

を兼ね備えた重層的な見方が求められているのである。

医療・福祉サービスの脱国家化

たとえ、黄昏はある一日の終わりであっても、未だ今日その日に属するのであって、明日ではない。「福祉国家の終わりの始まり」である介護保険もまた、福祉国家の次に現れるかもしれないシステムをただ予感しているにすぎない。最後に、それほど望ましい未来とも思えないのだが、将来ありえるべき一つの可能性を描いてみよう。

それは、医療や福祉サービスが脱国家化されるという可能性である。税収の投入による国家制度とは異なり、保険で運用される介護保険制度は、民営化・ファンド化との親和性が高い。1995年に設立されたWTO（世界貿易機関）でのGATS（サービス貿易に関する一般協定）では関税だけでなくサービス分野での自由化を推し進めることが議論されている。その条文を厳密に解釈すると、介護保険のような公的サービスと民間保険が競争的に共存している領域では、公的サービスは政府補助金による不当な競争を行っているともみなされる可能性があるという。

そうすると、トランスナショナルな民間保険企業を市場から排除する非関税障壁として、公的医療保険制度は廃止を求められることになりかねないのである。

加入者を事前審査してリスクを厳密に評価して低負担高保障の保険・年金商品を開発することや、確定拠出型年金 401k のように掛

け金の運用を単なる貯蓄ではなくファンド化することなどの金融テクノロジーの応用は、医療・福祉のサービスの効率性を向上させる可能性もある。しかし、リスク細分化することによって、リスクの高い層の保険料は高負担となり、もっとも保険を必要とする社会的弱者が加入しなくなるという問題も生じかねない。また、年金・保険の運用をファンド化するリスクを受給者である個人が背負うことは適切かという議論も行われている。

さて、もうおわかりのように、介護保険をめぐる議論は一見、日本の国内問題のようではあるが、実際には1990年代以降に加速しつつあるグローバリゼーションの趨勢と切り離して論じることはできないのである。この状況を簡潔に指摘する社会学者ブライアン・ターナーの言葉を引用して本稿を閉じることにしよう。

「世界的な問題に対する一国家的解決は存在しない。なぜなら『一国家的問題』なるものを想像することが困難だからだ」。

なお、本稿での問題意識をリスク社会論中心に展開した拙稿「身体のテクノロジーとリスク」は、『グローバリゼーション研究叢書1 総力戦体制からグローバリゼーションへ（仮題）』（平凡社）に収録されて近刊予定である。興味を持たれた方はご一読いただければ幸いである。