



介護保険と市民参加：
介護保険の達成した水準と課題の検証から(第4回講演,ケアの現在-制度と現実のはざま-)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-06-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 大谷, 強 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10466/9983

第4回講演

介護保険と市民参加

— 介護保険の達成した水準と課題の検証から —

大谷 強

今日のテーマの介護保険という制度は2000年の4月からスタートしまして、ちょうど今年で3年目ということで、第2期の介護保険の時代に入ったと言われていています。介護保険を打ち出した議論そのものは、たぶん1994年ぐらいから始まっていたと思います。そのもっと前からいけば1980年代の後半から、とくに「高齢社会をよくする女性の会」を中心として、介護の問題を自分たちの問題として考えていこうという社会的な運動がありましたし、そのほかにもいろいろな運動があったわけです。

そういうなかで介護保険制度がつくられてきたということで、もともと介護保険制度が目指していた理念あるいは目標とはなんだったのだろうか、そしてそれをより実現するためにはどういうふうこれから考えていったらいいのだろうか、こういう問題の立て方でお話をさせていただきたいと思います。

私自身もその頃は多少元気でしたので、介護保険の制度を定着させるための社会運動、たとえば当時「介護の社会化を進める1万人市民委員会」というのがあったのですが、そうしたものなどにも少し関わってきまして、新しい理念を含んだものとして介護保険をつくろうとしてきました。介護保険の理念や仕組みに含まれている、これまでの日本の社会保障や福祉の制度とは違う新しい側面というものに着目をして介護保険制度というものを進める立場にあったということで、今日はそういう立場からの話という

ことになります。

1. 介護保険制度が目指していた理念と仕組みを振り返る

介護保険の理念を一言で言えば、「個人の自立した決定と契約」ということが基本になるのではないかと思います。よく「自己決定」と言いますが、「自己決定」と言いますと自分1人で決めるというイメージがどうしてもつきまといますが、そうではなくて、いろいろな人の意見を聞きながら、でも他の人に左右されるのではなくて自分なりに決定が自立している、というふうな意味でもっと広く考えたらいいのではないかなと思います。いろいろな人のアイデアや意見やアドバイスも受けながら、「では、こうしよう」というのも自己決定なんですね。「自分で考えなさいよ」といって押し付けるわけではなくて、「自立した決定」ということが基本ではないかなと思います。ケアマネジャーとかヘルパーさんとか家族とかいろいろな人の話を聞いて、「そうだよね、じゃあそうしようか」というのも、少なくとも自分が同意した限りは「自立した決定」だというふうに思います。

それからもう1つ、介護保険では介護サービスの利用に「契約」という概念が初めて入ってきました。もともと日本の社会保障でも医療は契約なのですが、これまで家族のなかでやっていた介護というものに契約論を入れてきたというのが非常に新しいことだと思います。私の好きな当時の介護保険についての制度解説書で、富士総合研究所という銀行系のシンクタンクが書いている『介護保険100%活用術』（小学館文庫、2001年）という本がありますが、この本の最後の章が遺産相続、遺言の話なんですね。つまり、これまでは、「介護をしてくれたら遺産はあなたにあげるよね」とか「うちの家を引き継ぐのはあなただよね」というような言い方をされていましたが、それは契約でも何でもなかったわけです。だから、よく家族関係やきょうだい関係でもめたわけです。そういう曖昧にどろどろしていた家族関係ではなくて、遺産や遺言にも家族間の契約関係というものを打ち出す。そこがさすが銀行系のシンクタンクだなと思ったところなのです。それはたぶん、かつて樋口恵子さんが「草の根封建おやじ」と呼んでいた人

には一番受入れられない考え方で、「家族関係に契約を入れるとはなにごとか」という議論になるだろうと思いますが、実はそれがあある意味で非常に新しい、いわば介護保険の隠されていた意図だったというふうに思います。

(1) 世帯単位から個人単位の社会保障制度に

介護保険は社会保障の制度で初めて世帯単位から個人単位になりました。医療保険の場合は、ご承知のように専業主婦（主夫もある）などは扶養家族のなかに含まれていたわけですが、介護保険は一応独立していて、65歳になりますとそれぞれが個人単位で介護保険の被保険者になります。年金は一応形式的には基礎年金というかたちで自分名義の年金がそれぞれにあるわけですが、実質的にはいま年金改正でも問題になっていますけれども、離婚した場合とか、専業主婦の第3号被保険者などは別の扱いがあります。扶養されている配偶者は形式的に第3号被保険者という独立したかたちになっていますが、明確には保険料を払う独立した被保険者という扱いにはなっていません。そういう意味では、個人が保険料を払い、サービスを利用するというかたちで、初めて明確に個人単位と位置づけられたのが介護保険制度だと思います。

が、逆にそのことからいろんな問題が出てきます。たとえば1つの家庭に2人のケアマネジャーが派遣されたという場合があります。要介護認定1と2のご夫婦で、夫のほうは訪問看護を利用して、妻のほうはデイサービスを利用している。そうすると、ケアマネジャーは訪問看護ステーションとデイサービスセンターと両方から来て、1つの部屋で「私のほうだ」「私のほうだ」とやっていたという笑い話があるのですが、現実には尼崎であった話らしいです。そういうこともあるぐらいに、介護が必要な人がそれぞれ自分のケアマネジャーや自分のケアプランをつくれるんだということです。私には私のケアマネジャー、あなたにはあなたのケアマネジャーという意味では初めて個人単位。介護保険は、家族のなかにそういう社会的なシステムを組み込んだという意味で、広く「介護の社会化」と言われているのです。ただ、現実には本当に家族介護から社会化したのかということについては、まだまだいろんな問題が残っているだろうと思いますが、少

なくとも理念としてはそうしたものを組み込んでいた、というふうに見えるかと思います。

(2) 地方分権と市民参加

それから、介護保険は明確に地方分権のシステムを採用しました。これまでは中央集権型で、たとえば医療保険は、全国どこに行ってもその病院で使えるわけです。ところが、介護保険は基本的にはその地域の住民に限定されます。ですから、自治体ごとに保険料も違います。まあ、国保も違うといえば違うのですが、サービス利用は全国レベルです。そういう違いが出てきます。

同時に、これは実例が出るときに問題になることがあるのですが、「うちの町ではこういうふうに、行政や事業者から断られました。ですからこの介護保険の制度は良くない制度だと思います」という話がよく出ます。それはたぶん、たまたまその方が住んでいらっしゃる自治体の仕組みであって、他の自治体は実は違うかもしれない。たとえば、福祉用具購入や住宅改装の場合は、一度事業者に代金の全額を払い、あとで自治体から払い戻してもらって償還払いです。ところが、自治体によっては現物給付となっています。たとえば手すりをつくってもらったり、段差をなくしてもらうなど直接サービスを利用したときに、かかった費用の1割を自己負担すればそれでいいですよという自治体もあります。あるいは、要介護認定の変更についても、自治体によっては、もうすでに調査を1回やっているのだから、その後の変更点だけをチェックすればいいですよ、というかたちで簡略化して要介護認定の変更を受け付けてくれるところもあれば、最初から手続きをやり直します、とって厳密にしている自治体もあります。そういうふうに細かなところで自治体ごとに差があります。

住民が別の自治体に行って確かめてくることはなかなか難しいですよ。4、5年前でしたか、大阪の「高齢社会をよくする女性の会」などが、隣の町の制度はどうなっているのだろうか、自分たち市民の手で比較研究をしていました。市民の手で比較研究をして、「他の自治体ではもっと使いやすくなっているのに、なぜうちは使いにくいのか」ということは主張でき

るわけですね。それを、「やっぱりこの制度がだめなのよね」と制度そのものを否定してしまうと、自治体のほうももっとかたくなになります。「でも、そうはおっしゃるけれど、どこそこの自治体はこういうふうにしていらっしゃるのよ」と言うと、「そうか、うちの自治体もそこはちょっと考えましょう」という話になります。

実は、障害者についても、2003年4月から支援費制度というかたちで介護保険と同じような仕組みが導入されています。個人が利用できるサービス時間数について、たとえば尼崎市では、1日24時間、1ヶ月30日として720時間までホームヘルプやガイドヘルプなどのサービスを利用できます。ところが、西宮市では380時間が上限（その後、障害者の強い運動によって上限を超える場合も認められる）、それから姫路市は302時間が上限というふうに、同じ阪神間でも自治体によって差がある。

そういうふうに地域によって違いがあるということは、これまでの市民運動が初めて経験したことではないかと思うのです。たとえば、介護保険について「地域間格差が大きすぎるから問題だ」というような論調があります。地域間格差があるのは、ある意味では良いことなのです。分権ですから地域間格差があるのは当たり前なのです。もし水準が低いとすれば、その町の市民がそのレベルを上げようと働きかけないと上がらない。つまり、黙っていたら自治体の思うように抑えられてしまう。だから、そういう意味で地方分権というのは初めから市民参加を前提に考えているわけです。

市民参加が弱いところは、残念ながらサービスが低くても仕方ないし、手続きが厄介でも仕方ない。といっても、それだけではなく財政問題もある、と言われるのですが、財政問題はあまり影響ないのです。私たちが調査したかぎりでは、財政力が豊かだからといって、その自治体のサービスが利用しやすいとか、サービス量が豊富とはなっていません。市民が行政に自分たちの立場を明確にきちんと主張しているかどうかということが非常に大きな違いになります。日本の市民運動や反差別のいろいろな運動が、どうもこれまでは「国は何を考えているんだ、厚生労働省はどう考えてい

るんだ、文部科学省はけしからん」というかたちで中央交渉していた。あるいはせいぜい府県交渉、対府県に対して「なんとかしろ」と言っていたわけですが、たぶんこれからは違って、地方自治体への市民参加ということが非常に重要になっていくだろうと思います。ですから、そういう意味で、地方分権というのは最初から市民参加を組み込んでいたものだ、と考えていただいていいのではないかと思っております。

(3) 個人の自立生活の社会的支援

それから3つ目は、介護保険法の最初の目的にも書いてありますが、介護とはあくまでも「個人の自立生活の社会的支援」ということばが使われております。先ほどの障害者の支援費制度にも同じ「支援」ということばが使われるようになりました。この「支援」ということばは介護保険の準備段階でかなり広がってきて、介護保険実施以後はかなりよく使われるようになりました。これまでの福祉では、「保護する」あるいは「お世話する」というような言い方が多かったのですが、それはどちらも、介護が必要とされる人の尊厳を損なう傾向があった。介護される人の立場を尊重するよりも、保護する側、お世話する側、サービスを提供する側が主体となることばだったわけです。

それに対して、提供者や第三者がみて、たとえどんなに良いサービスであったとしても、本人が望んでいないサービスは逆によくはないサービスであるという考え方です。ヘルパーへの研修などでも最近、つぎのように話をしています。まず「自分がされて嫌なことは相手にもしないほうがいいですよ」というのは、まあ当たり前ですよ。自分が「おじいちゃん」「おばあちゃん」と呼ばれるのが嫌なのと同じように、相手も「おじいちゃん」「おばあちゃん」と呼ばれるのは嫌ですよ。あるいは、私が外に出たいと思っているとき、「今日は雨が降るから外に出たらいけません」と言われるのはやっぱり私も嫌ですよ。だったら、お年寄りが「外に出てアジサイが咲いているのを見たいね」と言われたら、それをどうやって実現するかと考えるほうが大切ですよ、とこういう話をします。

と同時に、奇妙な表現ですが「自分がしてほしいことは相手にするな」

というのもヘルパー研修でよく言います。たとえば、私は紅茶を飲みたいと思っている。自分が飲みたいのだから、相手にも「はい、紅茶よ」と入れてあげたら、喜んでもらえるだろうと思います。ところが相手はウーロン茶を飲みたいのかもしれないし、緑茶が飲みたいのかもしれない。つまり、私がしてほしいことを相手はしてほしくないと思っているかもしれない。こうした点は、これまで家族介護や、あるいはプロとしてケアを提供していた人々がちょっと思い間違っていた部分ではないかと思います。「私がこんなに一生懸命努力してご飯つくってあげているのに、なぜ食べないの。おいしいじゃないの」と。でも、私が食べるわけではないのですね。でも、それはつくった人にとっておいしいわけで、食べさせられているほうにとっておいしいかどうかは別の話ですよ。つまり、先ほどの「契約」とか「決定の自立」というのは、自分と相手とは違う感性や違う意識を持っているということが前提です。違うからこそ契約が必要なのです。違うからこそ支援が必要なのです。これまでは、「同じ家族だからわかるわよね」でしたが、わかりっこないわけです。わからないことを家族だからということでは何かわかっている気になっていた部分、そういう部分が明確に違いとして出てきました。

ただ、これが実際に現場ではどうなのかということがよく問題になります。たとえば、要介護の認定を受けられたご本人は、ヘルパーさんに自分の家に来ていただきたいと思っているけれども、家族は「家のなかをごちゃごちゃだから、ヘルパーさんでなくてデイサービスに行つてよ。そうすれば朝9時半から夕方4時半まで私はフリーになるわよ」と言う。本人はデイサービスで昔話ばかりさせられたり、風船バレーとかで子ども騙しさせられたりするの嫌で行きたくない。たしか『月刊介護』でしたか、介護関係の新聞の昨年の特集テーマに「行きたくないデイサービス」というのがあったほど、利用者からデイサービスが喜ばれていないのがあります。本人は行きたくもないのに家族は「行ってらっしゃい、行ってらっしゃい」と言って追い出して、「さあ、難波にでも行って、おもいっきり遊ぼうか」というのは、本人の意思ではなくて家族の意思ですね。

そこらあたりのずれがまだまだ家族のなかにもありますし、ヘルパーや

スタッフの側にもそういう意識があります。それにやっと気づき出した。実はお父さんは私が思っているほどデイサービスには行きたくないんだ、というようなことが少しわかってきた。そういう気持ちのずれというのが少しずつ見えてきた。これから高齢者も障害者も、それぞれが自分なりの行動を自立して選択することになるだろうし、そのためにはそこにネゴシエーションといいますか、やり取り、交渉というか話し合いが必要だという部分が出てくるだろうと思います。

(4) 当事者の意向を実現する支援の有効な組合せ

これはどういうことかと言うと、たとえば「身体がかゆい」という人がいる。その人に対して、「身体がかゆいのだったら、ヘルパーさんが来たときにお風呂できちんと背中を洗ってもらいましょうね」と言う。でも、その人が皮膚病に罹っていて身体がかゆいのであれば、それは訪問看護婦に手当てをしてもう必要があるだろうし、あるいは病院に行ってその皮膚病を治さなければいけない。だからそういう意味で、医療や保健や福祉のいろいろなサービスを組み合わせないと、その人が本当に求めているものが解決できないわけです。よくある話で（まあこれは介護保険の法定サービスとはちょっと違うのですが）「外に行きたい」というお年寄りの声がある。それを聞いて「じゃあ、ガイドヘルパーさん呼んで外に行きましょうか」と答える。でも、その人はガイドヘルパーと散歩に行きたいわけではなくて、たとえば親類の家に行きたいということかもしれないし、あるいはデイサービスに行って皆とわいわい騒ぎたいということや「外に出たい」と表現したのかもしれない。あるいは病院に行きたいということかもしれない。

その人の表面のことばを捉えるのではなくて、その人が本当のところは何を求めているのかということや、ゆっくり聞き取っていく必要があるわけですね。あるいは意思表示能力が弱い人の場合は、その人の表情だとか態度だとか、そうしたことでどういうものを求めているかを察する。あるいはもっと積極的に、たとえばこういうのがありますよ、たとえばこういうのもありますよ、と選択肢を提案する。そして本人が、「じゃあそのうちど

れにしようかな」という、そういうふうなかたちで本人の意向を尊重して実現できるようにするということが必要になります。「外に出たい？じゃあガイドヘルパーさんと遊んでいらっしやい」では済まないわけです。それでは本人の意向が実現できないことになる。せっかくガイドヘルパーさんがいろいろ連れて歩いてくれたんだけど、本人はもうひとつ満足しない、納得しないというようなことがある。それは、最初にその人が何をしたいかということが十分に把握できていなかった、あるいは、この人はこうだよ、というふうに思い込んでいたという部分があるだろうと思います。

(5) 事業者の参入と契約関係の確立

5つ目は、サービス提供事業者としては、これまで主として自治体が直接提供するか、委託を受けた社会福祉法人が、いわば独占的にサービス提供を行っていました。それに対して、民間企業や特定非営利法人あるいは生協、農協など多様な事業者が新しく参入してサービスを提供するようになってきました。そのなかで、どの事業者と契約を結ぶかということは本人の自由となりました。ちょうど皆さん方も物を買うに行くときに、生協に行こうか、スーパーに行こうか、百貨店に行こうか、専門店に行こうか、地元の商店街に行こうかと、いろいろな選択肢がたくさんあるほど、そのとき自分に最もふさわしいものを選ぶことができます。これまでは大学のなかの学生食堂みたいなもので、「ここしかご飯を食べるところはないですよ。嫌なら食べないで結構です」となっていた。それに対して、「いや、別なところでも購入できますよ」という、そういう条件をつくったということが、決定の自立を支える条件だと思えます。

それと同時に市民参加については、たとえばこれまで社会福祉協議会でヘルパーの仕事をしていたのだけれど、もうひとつ自分のやりたいことができなくて欲求不満だったというような方々が、独立して有限会社とか株式会社をつくったり、あるいは特定非営利活動法人をつくることによって自分たちがサービスを提供する側にまわる。そのようなかたちで、これまではサービスを受ける側だった市民がサービスを提供する側にもなる。

このように、市民がサービスを提供する側として契約を結ぶという立場に立つことができるようになったという意味では、「事業提供への市民参加」というふうに言っているかと思います。もちろんこれまでも、民間の事業者にしても社会福祉法人の事業者にしても市民であることはまちがいがなかったわけですが、しかし実際には提供者といういわば固定した立場、提供側という立場に立って物事を判断していたわけです。それに対して、利用する側でもあるけれど提供する側にもなるという入れ替わりが可能な立場になることによって、自分が利用する側に立ったときの気持ち、意見あるいは要望が、提供する側に立ったときのサービス提供のしかたに対して何らかの影響を及ぼす。そういう可能性を持つようになったと思います。

と同時にそのなかで、たとえば高齢者自身が自分たちで高齢者事業団などをつくってサービスを提供する場合もある。つまり、高齢者は介護保険のサービスの利用者であるというふうに限定されているのに対して、高齢者自身がサービスの会社、あるいは協同組合などをつくり、サービスを提供する側にもまわる。つまり、高齢者でもサービスを提供する側にまわり、利用する側でもある。あるいは、障害者が自分たちで自立生活センターをつくって、そこの理事長を障害者自身がやっている。そうしますと、いわば法人の理事長である障害者が、利用者である高齢者と契約を結ぶということがでてくる。これまでの考え方では、障害者が契約の当事者、しかも提供側の当事者になるということは、たぶんあまり考えてこられなかったと思います。障害者はいつもサービスを利用する側だと、福祉の恩恵を受ける立場だというふうに言われていました。高齢者も同じですね。それに対して、むしろサービスを提供する側になる障害者も生まれている。そういうふうな私たちで、利用する人と提供する人が画然と分かれていたこれまでの関係から、相互乗り入れができる、そういう関係になってきました。

それと同時に、このことによって「市民」という一言のなかに多様な問題を抱えるようになりました。つまり、これまでの市民運動あるいは消費者運動というのは、企業や消費者に対して「こんな欠陥がある商品つくっているのか」とか、「環境問題をちゃんと考えなさいよ」とか追及するユー

ザ一側だったわけです。その追及をしていた人が、今度は、利用者から「あなたのところのサービスはもうひとつよね」とか苦情を言われる立場になるわけです。

ですから、これまでは「あんたのところのサービス悪いからなあ」と言っていた消費者としての高齢者や障害者が、逆にそういう苦情を言われる立場になる。そのことによってはじめて、ある意味で対等な関係になるわけです。そういう面も含めて、契約関係の確立ということがあります。ただ、本当のところ契約関係という場合は当事者同士の契約なのですが、現実には、利用者の側は本人が契約の当事者になっているというのは非常に少ないのです。とくに施設入所の場合は家族が契約書にはんこを押しています。これは本来契約の理論でいえば違法なのです。65歳とか70歳とか80歳とかの大人の方に対して、40、50、60歳の家族が代わりに契約するというのは、必要なら成年後見制度というのを利用しなくてはいけないのですが、非常に制度が利用しにくいし、お金も時間もかかるということもあって、ほとんど利用していません。ですから、契約とはいうものの、施設入所の場合の契約書はたぶん8割ぐらいは家族が代行している契約書で、本人は「わしは知らないよ」という話になっていきます。契約関係が本当に成立しているのかということについては、これからの大きな課題になっていきます。そういう意味で、成年後見制度を含めて、その人が自己決定して自分で契約を結ぶことができるためにはどういうふうに支援していけばよいのかという難しい問題がまだ残されています。

(6) 当事者の権利の実現・回復手続きの明確化

それから6つ目は、介護保険は保険料を65歳以上の方から集めて、それとの引き換えに、被保険者、つまり保険料を払っている人としての権利というものを認めざるをえなくなりました。たとえば、要介護認定を受ける権利、つまり介護サービスが必要だということを自ら言う権利がある。それから、要介護認定を受けて自分の状態や自分の考えている状態と違う場合には、それに対して介護保険審査会に苦情を申し立てする権利がある。それから、実際にサービスを受けて、そのサービスに対して不満や要望が

あるときには、その不満や要望を国保連合会に訴える権利がある。

そういうことが一応権利として認められるようになりました。そういう意味で、これは当事者の権利の実現と回復です。権利を脅かされたとき、つまり要介護認定からはずされたとき、あるいは要介護認定が自分の想定している状態と違った場合、あるいはサービスの質が悪い場合、そうしたことに對して権利の回復を求めるための手続きが、一応法律や制度のなかに明確に位置づけられているということは、介護保険の非常に大きな特徴だろうと思います。

(7) 財源に関する情報開示と給付と負担の透明な関係への市民参加

それから最後には、財源の問題です。財源につきましても、第1号被保険者、つまり65歳以上の保険料の算定にあたっては、各自治体で介護保険事業計画をつくり、そこで過去の実績、今後の動向などを議論する。そうした議論の結果として、たとえば3,000円とか3,300円というかたちで保険料を決めるというプロセスを経ます。これは最終的には議会で決まりますが、少なくともそういう事業計画をつくる審議会などに1号被保険者、2号被保険者の代表というかたちで市民が参加していますし、あるいはそのほかにもヒアリングなど、意見を言う機会が各自治体によって工夫されています。ですから、負担と給付の関係を議論する場として、議会以外にそうした審議会とか委員会において市民参加が実現することになっています。また、その結果については、広報などを通して紹介する、皆に周知するというかたちを含めて、財源とその使い道についての情報公開が行われるということになっています。

他にもあるかと思いますが、こうしたものが介護保険制度が目指していた市民参加の理念とそれを保障する現実のしくみであると考えています。

それで、そうした理念や権利を保障するしくみが本当にどう動いているのか、目標とした水準にどこまで到達しているのかということが、これからまさに市民の場で議論されるべき課題ではないか。それで私なりにこの2000年、2001年、2002年の3年間のなかで明らかになったことを踏まえて、まだ残されている今後の課題ということに話を進めていきたいと思います。

2. 介護保険制度による制度へのアクセスの拡大

(1) 介護サービスはだれもが自立生活のために利用する当たり前の支援

今日は出先ということで、データなどはほとんど準備していませんので話だけになりますけれども、1つには、まず介護保険制度によって介護という問題についての市民の意識が非常に大きく変わった、あるいは公的制度へのアクセスが非常に拡大したという面があります。介護保険制度がスタートする前までは、いわば介護というのはわが家にとってマイナスの出来事であって、外にはなかなか話せない、話したくないし、話さない、話しても他の人もどうしようもないというような家庭内の秘め事で終わっていた。ところがいまはサービスが広がったということもあるわけですが、たとえばデイサービスの車が行き来するようになっていきますし、それからホームヘルパーさんが家庭訪問するのも普通になっていきますし、まず施設そのものがいろんなところにたくさんあるのが目に付くようになっていきます。

そういうことで、介護というサービスは誰もが利用できる、利用していても別に不思議ではないんだという意識が、この3年間で急速に広がったと思います。以前はデイサービスに行くのも隠れて行っていた。あるいはヘルパーさんが来るときも、10年くらい前は、「家の前にヘルパーさんの社協の車を止めないでください。裏の方に止めてこっそり来ててください」とか言っていた。それでも隣近所に見られて「あの人どなたですか」と聞かれたら、「いや、うちの娘です」とかいうようなことを言ってごまかしていたという笑い話があります。そういう時代から見れば、「ああ、今日はデイサービスの日だよね、皆さん行っているのよね」とか、地域の人でも皆、デイサービスに送り出すのも見えているし、たとえばヘルパーさんが出入りするのも別にそれほど不思議ではなくなっている。そういう意味では、介護というサービスが、誰にとっても当たり前利用するサービスになっています。「あそこのうちは特別の家だからヘルパーさんが来ているのよ」とか「特別な家だからデイサービスに行っているのよ」という時代ではなくなって、「お宅も要介護認定取ってデイサービスを使ったらいいのに」

というぐらいに逆に広がってきています。そのサービスは、はたして自立生活のために有効かどうかよくわからないところがありますが、少なくとも介護サービスの利用は当たり前になっているとっていいのではないかと思います。

(2) 家庭内の隠し事から社会でふつうに話し合える社会の課題への広がり

それと同時に、家庭内でも要介護度の話とか「あそこのヘルパーさんは」とか「あそこのデイサービスは」とかいう話を、ちょうど「あそこの八百屋の野菜は」とか「あそこのスーパーの商品は」というのと少なくとも同じ程度には会話ができるようになっていきます。そういう意味では、いわば介護サービスということが、普通のサービスとして社会のなかに定着してきたとっていいと思います。普遍的な制度になった効果が現れています。

(3) サービスの利用を待ち望んでいた市民が新規の利用者として登場

それと同時に、サービスの利用を求める新規の利用者が非常に増えてきたという面があります。これは当初2000年の4月の段階では在宅のサービスの利用者が約100万人ぐらいでしたが、現在、2003年1月の段階で約200万人に増えています。この3年間ぐらいで2倍にまで膨れ上がったわけですが、急に皆が要介護状態になったわけではないですね。ということは、たぶんそのうちの半分から4割くらいまでは、これまでサービスを利用したことがない方がはじめて利用するようになったという、新規の利用者といえます。

つまりそれはどういうことかという、ヘルパーさんやデイサービスなどを使ってみると、介護される側も意外といい生活になるし、介護する側も疲れが取れるし、気分が晴れる、そういう経験が広がってきたのだらうと思います。「お宅も一度使ってみたら。うちもはじめはヘルパーさんがうちに入るの嫌だったけれども、でも入ってきていただくと意外といいのよ。家族だけでいつもやっているとお互いにしんどい目をするし、本人も窮屈そうにしているけれど、お金払っているのだからとって、ヘルパーさんにはわりとすつと言え。私たちが何か言っても、“お前は”とか“嫁

は”とか“娘のくせに”とか言うのに、同じことをヘルパーさんが言うと、“うんうん”と結構うなずくのよ」とか発見もあります。

あるいは、「これまでデイサービスに行ったことがなくて、“あんなところに行けるか”と言っていたのが、いっぺん連れられて行ってきたら、帰ってきて楽しそうにしているのよね。やっぱりいつも家族とだけお昼ごはん食べているのは嫌なんでしょうね」。あるいは、スタッフの人から「家にいるときの表情とデイサービスに来ていらっしゃるときの表情は全然違いますよ、生き生きしていらっしゃいますよ」というような話がある。それで、本人も介護する側も、いい悪いは別にして、その間は手が離れて自分なりのリフレッシュができますから、「ああ、これはやっぱりよかったわね」ということになる。「初めて利用しました。それでやはりいいことがわかりました。本人もやはりいいことがある。やはりプロの人の仕事は、家族が見よう見まねでやっていたこととはちょっと違いますよね」ということがあるだろうと思います。そういう意味で、新規の利用者が増えたということは、介護という社会化されたサービスを利用することに対する抵抗感が薄れたということだと思います。

もう1つは、実は抵抗感が薄れた背景には、措置制度の時代は社会サービスを必要とする人は特別な人だと市民も遠ざけていた。それに対して今回の介護保険は保険料を払っていますから、うしろめたさがなくなったという面ももちろんあります。ですから、1年目2年目にやった各自治体の介護保険に対しての満足度ということ言えば、利用していらっしゃる方々も含めて、8割から9割の満足度があるということがアンケート調査で出てきました。これは高すぎるじゃないかと思ったのですが、たぶん、これまで利用していらっしゃらなかった方や、ある意味うしろめたい気持ちで利用していた方が堂々と利用できるようになったという意味で満足度が高まったというふうに思います。

(4) 要介護者の予想以上の増大で多くのサービス量の必要性和財源の調達問題

先ほどちょっと言いましたけれど、たとえば在宅サービスの利用者が

2000年の4月で約100万人いらっしやったのが2003年1月で200万人と、この3年間で2倍に膨れ上がりました。それから、要介護認定を受けた人が2000年で約200万人だったのが現在で340万人ぐらいですか、1.5倍ぐらいに増えているというふうなかたちでサービス利用者が増えてきました。

そこから出てきた問題は、財源問題です。そんなに利用が増えるとは思っていませんでした。まさか在宅サービス利用者が3年間で2倍になるとは思っていませんでした。これでは当初の予定の介護保険料ではとても賄えないという問題が出てきて、今回でも介護保険料を約13%の引き上げですか、3,000円から3,300円台というかたちで引き上げざるをえなくなったという面はあるわけですが、逆に言えばそうしたサービスの必要な方が堂々と利用できるようになったという面では、新しい状況を示していると思います。それが今後利用者が一層増えていくとなればどうなるのだろうかという財源確保の不安材料にもなっています。

大阪府内で平均すれば、2000年の段階で65歳以上の人口に占める要介護、介護が必要な方の割合がだいたい12~13%ぐらいだったと思いますが、現在15~16%ぐらいになっています。大阪市、神戸市や京都市などは、あと5年先を予測しますと、65歳以上人口のうちの20%が介護を必要とする人というような推計数字も出ています。そうしますと、65歳以上の方が100人いればその20%で20の方が介護サービスを利用することになる。そうなれば、いまの3,000円程度の保険料で果たして賄っていけるのだろうかという問題が出てきます。そこで、65歳だけ保険料を引き上げるわけにはいきませんから、65歳未満の40歳から64歳までの保険料をどうするか、あるいは20歳まで広げて20歳から保険料を取るかたちでもっと広く薄く保険料を集めていく必要があるのではないか、という議論が出ているわけです。ですから、介護サービスを利用してよかったと満足度が高かったという結果が、新しい財政問題を引き起こしたという問題が残っています。

(5) 施設利用の希望が増大する現状をどう見るか

それからもう1つ、この財政問題のなかで1番大きいのは、施設入所の方々の割合が高いということです。日本全国で約5兆4,000億の費用ですが、

そのうち在宅には約2兆円あまりです。自己負担は除きますけれども。それから施設で約2兆7000億円くらいですから、施設のほうが6割で在宅のほうは4割ぐらいの金額になります。ところが、人数でいえば施設に入っている人が約70万人、在宅の人が約100万人と、在宅の人の人数が圧倒的に多くて、7対3ぐらいの割合です。それでその3割の施設に入っている方が全体の予算の6割ぐらいを使っているわけですから、1人当たりで見れば倍ぐらいになっているわけですね。

これはなぜかという、在宅の場合はサービスの利用者がその限度額のたぶん半分から4割ぐらいしか使っていないのです。限度額全部使っている人は1%か2%しかなくて、だいたい平均すれば4割ぐらいです。ですから、たとえば要介護度5で36万円のサービスを利用できる方でも、ほとんどの方は18万円から20万円ぐらいまでしかサービスを利用していません。それは、家族がいるからとかサービスの質が悪いからとかいうことも含めていろいろ問題はありますが。ところが、施設の場合は限度まで全部使うわけですね。特別養護老人ホームに入っている方も「お宅は手がかからないから限度額の半分でもいいですよ」ということはないわけで、フルに全部請求しますよね。ですから、そういうふうな面も含めて施設入所者の割合が高いということが当然費用の増大につながってきています。とくに大阪府の大和川から南のほうは医療型の施設が多いいところですね。医療型の介護療養施設のほうが単価が高いですから、そうしたところに入所している方の人数が多ければ、それだけ自治体の財政支出のほうは増えるという問題が出てきます。

しかも、施設の入所希望というのが非常に多い。100人の施設がありましたら、だいたい200人ぐらいその順番を待っている状態です。待機者リスト、ウェイティングリストですね。100人で200人ということは、いま入っている100人の人が1年間に一度に全部亡くなられても入所まで2年かかるということですが、普通はだいたい10%から30%ぐらいの死亡率ですから、100人いても30人ずつ入れ替わります。そうしたら、200人待っている状態だったら7、8年かかる。待っているあいだに死んじゃったという悲

惨な話になりかねないわけです。

そういう状況の中で、では施設への希望が多い現状をどうみるのか。それは、先ほど言いましたように、だいたい施設というのはご自分が入りたいと思って来ていらっしゃる方よりも、家族が「入ったほうがよい」「仕方ない」と言って契約書も家族がはんこを押しているという方が多いわけで、本当に本人の利用者本位という制度のしくみの実現されているかどうかということについては大きな問題はありますが、しかし、そうした施設希望者が多いという現実があります。

3. サービスの質について利用者も提供者も強い関心をいただく傾向

(1) 自己負担に見合う良い在宅サービスがないために予想よりも少ない利用実態

先ほど言いましたように、とりあえずいまの段階では、サービスを利用してよかったという満足度が大きかったのですが、しかし、それはいままで利用したことがなかったけれど利用してみたらメリットがあったよね、という話にとどまっています。ですから、サービスの質が利用者にとっても本当に望ましいものかどうかということについては、まだこれから明らかにすべき課題だと思えます。

サービスの質が問題になると2000年の段階から言われていたわけですが、当初は、まずサービスを利用しなければ、どんなサービスがよいサービスでどんなサービスが悪いサービスかというのはわからない。まず、とりあえずサービスを利用してみましょう、という段階だったわけです。しかも、2000年の頃の市民からの論点といえば、保険料を払ったのにサービスが利用できない状態になったらどうするのか、保険があってもサービスなしということになるのでは、という不安が非常に強かったのです。ですからその段階では、とりあえずどんなサービス事業者でもいいからサービスに進出してください、たくさんお店がない限り選ぼうと思っても選ばませんよ、保険料払っているのに選べないのでは何のために保険料払ったのですか、という批判が強かったわけです。ですから、この段階ではサービスの質に

についての議論というのはまだそんな大きな焦点にはならなかったというか、焦点になる段階にはまだ至っていなかったというふうに思います。

そういう意味ではこの第2期、2002年ぐらいから、サービスの質について関心が非常に強くなってきました。ただ、これも一度になったわけではなくて、早い人々は1年目から2年目ぐらいにかけてかなり気づきだしていました。1つは、先ほどの在宅サービスが限度額の4割から半分ぐらいにとどまっているということに対しての見方です。経済的な要因でいえば1割自己負担が入っているということで、たとえば身体介護1時間で4000円とすれば400円の自己負担があって、その自己負担が経済的な重荷になってサービスを利用しないのだ、という見方も1つあります。

でも、もう1つには、「400円も払ってこの程度の仕事ぶりなの？」という見方がある。かつては家事といって時間単価が1,500円でしたが、いまは生活支援で約2,000円になっていますから、自己負担は200円ですが、「200円払っているのに、こんな掃除のしかたをしているの。下手よね。そんなの払う価値がないよ。じゃ、頼まんとこう」、あるいは、「頼む量を減らそう。洗濯なんてべつに1週間に1回か2回でもいいんだから、それだけのために毎日毎日来てもらわなくてもいいよね」ということがある。つまり、自己負担することによってはじめて、経済学的に言えば商品の価値と自分の支出＝商品の価格とを比較しはじめた。自己負担が1割ですから価格がすぐ計算できます。だから「えっ、こんな変な仕事のしかたで4,000円も取っているの。私をお風呂に入れるときに怖い目にあわせておいて、それで4,000円も取っているの」というような話になる。実はヘルパーさんに4,000円払われているわけではないのですが、少なくとも報酬としては4,000円出ている。そういう意味で、はじめてサービスの質と、ヘルパーさんやデイサービスというサービスを利用したことによる生活向上ということと、自己負担というものを秤にかけて考えるようになった。そういう側面もあるのではないか。これが、ある意味では価格に敏感な消費者意識というものを生むというふうに言えると思います。これも市民がサービスや制度に発言しはじめたといえます。つまり、市場的な消費者としての市民参加による評価です。

(2) 提供事業者の変更や注文を付け始めた高齢利用者や家族の出現

自己負担の問題というのは非常に奇妙な構造を持っています。たとえば、医療費の3割の自己負担というのは国際的に非常に高いと言われているのですが、この3割の自己負担に統一されたことによって、ひょっとしたら医療提供者に対して患者の意識が少し変わるかもしれない、という期待もあります。

アメリカの場合は日本のような全国民を対象とする公的な医療保険制度はないわけです。ですから、基本的には全部いわば有料で、民間保険で保障しているわけです。ただ、その民間保険も保険料が払えなくて保険に入っていない方が4,000万人ぐらいいらっしゃるといことがあります。アメリカは約2億数千万人ですから、そのうちの4,000万人はかなり大きなウェイトを占めるわけです。そういうなかで、アメリカでなぜ、医療の現場でインフォームドコンセント、つまり、患者の側から言えば医者にきちんと説明してもらって自分が納得した医療を受けることが求められるようになったのか。あるいは、自分に対してこういうふうな判断を医者はしたけれどその判断が正しいか、たとえば胃がんである、乳がんである、手術しなさいと言われた、でも同じデータで別の医者に診てもらったら、いやこれは手術しなくてもこういう薬でいいとか、こういう対応で十分だとかいうような意見が出てくる。そうしたセカンドオピニオンというものをなぜ求めるようになったのか。

それは、民間の保険ですから保険料が高く、患者の自己負担が非常に高いわけです。保険料が高いのに不満足な医療を黙って受けているのは馬鹿馬鹿しい。こんな高いお金払うのなら、この処置について私にちゃんと説明してください、根拠をちゃんと説明してください、もし必要なら他の医者の意見も求めます、というようなかたちで、自己負担が非常に高いということが、患者が消費者として自分の権利を強く権利として主張することにつながった、という見方もあります。いくつかの本にはよくそういうことが書いてあります。

そういう意味では、自己負担がまったくなかった、あるいはほとんどなかった日本の過去の時代は良いように思うけれども、消費者としての権利

を発動するうえでは本当によかったのだろうか。自己負担が無料だから黙っていなさいよね、というふうに言われていたのではないだろうか。それに対して、介護保険のほうが高齢者自己負担1割を高齢者医療制度よりも先にしたわけですね。その後、老人医療の場合も1割自己負担が採用されました。そういうのを含めると、自己負担をするということは、ある意味ではサービス提供者に対して、そんなに高いのだったらもっとちゃんと説明してください、もっといいアドバイスをしてください、という消費者としての権利を主張する方向につながるのではないかとされています。

ですから、そういうような意味で言えば、自己負担というのは、資本主義社会・市場を前提とすれば、資本主義社会のなかで消費者が自分の意見を言う1つのきっかけにはなるだろうというふうに思います。利用者がサービスの限度額まで利用していない、つまり拒否しているということは、いまのサービスなら自己負担分を払ってまで利用しなくていいよ、という評価の現われとも言えます。

それから、事業者のほうもそれを受け止めて、お金を払ってもらっているのですから、お客様に満足してもらわないと困ります、という事業者がかなり増えてきたという面もあります。利用者から直接言う場合ももちろんあるわけですが、多くの場合はケアマネジャーを通して、あそこはサービスがよくないからとか、あそこの仕事のしかたはどうも私に合わないから替えてください、という意見や声というのはいくつかのところではかなり上がってきています。またそれは、それを受け止めるケアマネジャーでないと駄目な場合があって、「そんなこと言ったってどうしようもありませんよ」と言われてしまうと、次に自分の希望を言う意欲は失われます。そうした動きもいくつかのところには見えているのではないかと考えています。サービスの質と価格に対する消費者である市民の意見や注文が増えています。これも市民参加の一つの形態でしょう。

(3) 利用者から希望・不満・注文を受け付ける事業者の変化

それから3つ目は、事業者自身がサービスを提供するときに緊張感を持つようになったという面があります。利用者の苦情を受け付けるという組

織や担当者を明確にしろというようなことが、指定基準という形式で制度的にも含まれています。また、いくつかの自治体などでは、介護保険の手引きの事業者編と高齢者編を別々につくりまして、たとえば大津市などのように、事業者編には「利用する人からの苦情があなたがたを育てます」と表書きを書いて、それを各サービス提供事業者に配りました。つまり、サービス提供に対して利用者のほうから苦情や要望や不満などが寄せられるであろう、それはある意味では大切なことなんだ、というような対応がかなり広がってきています。

参考文献に挙げておりますが、たとえば沖野さんⁱという方、この方は一時コムスンで仕事をしていた人ですが、介護保険のなかでの事業者としてのあり方ということで、1999年までの介護サービスの提供事業者、いわゆる措置時代における福祉事業者の過ちとこれからの事業者のあり方というようなことについていろいろ本を書いていらっしゃる方です。この方などに言わせると、たとえば介護保険法のなかに、「サービスを提供する事業者は利用する者の立場に立って自らのサービスを評価しなければならない」と、自己評価ということが書いてあります。でも、サービスを利用する者の立場に立って自分のサービスを点検しろ、と言われたって、そのサービスを利用する立場というのはわからない。わかると思いきよから逆に利用者に押し付けてしまう。

それで、この沖野さんがやっていたらっしゃることは、サービス提供事業者の社長さんや部長さんにおむつを24時間やってもらう、寝たきを30何時間やってもらう。それで多少わかっていただけるかな、どうですかね、という話を職員研修でやっていたらっしゃるようです。それでもやはりわからへん、というようなことがあります。ですから、わからないのだったら相手からきちんと声を出してもらわないといけない。つまり、苦情や要望や要望を受け付けるというかたちで明確にいえば客観化しなくてはいけない、と沖野さんは言ってらっしゃるのです。それがわかっていない事業者が非常に多すぎる、ともかなり苛立って書いていらっしゃる。

あるいは備酒さんⁱⁱという方の本です。この方は兵庫県立の「但馬長寿の郷」というところでPT（理学療法士）をしていらっしゃる、リハビリの

タッフなのですが、この方が最近出された本です。この方も、サービス提供者は思い間違いをしていたのではないかということをしていんなかたちで言っておられます。たとえば、お年寄りと握手したら非常にしっかりと握手をされる。お年寄りがこれだけ力強いものかということをして自分は知らなかった。介護が必要なお年寄りは弱々しい人だと思っていたけれど、実は違うのだ、という記述があります。面白いのは自分のところのスタッフに「お年寄りはどういうテレビが好きだと思いますか」と聞くと、スタッフの側はほとんどが「水戸黄門」をはじめとして時代劇だと言っていた。ところが、お年寄り自身に聞きますと、やはりニュースが1番だと。「最近の首相はだれですか」と聞いても、スタッフの若い人は知らないけれど、お年寄りのほうが詳しいというようなことも含めて、どれだけずれがあるか。つまり、スタッフが思っている高齢者像と、高齢者自身が好きなものとか、どういう生活をしたいかということについて、大きくずれている。

お年寄りが集まった場所で、「こういう靴がありますよ」とナイキの靴を見せたら、「ああ、それはいい」とか言ってすぐ取り寄せた。いままではスリッパみたいなばかりでスタッフも実はそういうのを提案したこともなくて、お年寄りがまさかナイキの靴を履くなんて思ったこともない、というスタッフがいる。はじめからこの人にはこういう靴は無理なんだと、意味ないんだというふうに思い込んでいた。流行りものは意味がないと思いついていた。こうした点も含めて、かなりスタッフは反省しないといけなのではないか。

それから、私もそうですが、備酒さんもコンビニが嫌なんですね。それはなぜかと言えば、マニュアルどおりに「いらっしゃいませ」「こんにちは」「こんばんは」「弁当を温めましょうか」「またどうぞ」と顔も見ないで言う。ケアのスタッフもそれと同じことをしていたのではないだろうかというわけですね。私もつい最近エッセイに書いたのですが、うちの大学の傍のコンビニに行ってお寿司を買ったのに、「温めますか」と言われて、「この店はお寿司まで温めるのか」と思いました。さすがにそのときは言っている本人も気づいて、にやっと笑ったようですけれど。そのぐらいいい加減なマニュアルばかりやっている。確かに利用者である客も黙ってお金出

すだけですよね。そういうように金を払う機械と商品を受け取るロボットが対応しているだけがコンビニの人間関係みたいなもので、本当は人間同士の関係ではないのですけれど、でも利用者のほうがそれに慣れてしまって、それに合わせることはできる。お年寄りも結構そういうふうに合わせてきている。ですから、面白くないテレビでも見ているだけというのはあるわけですが、それは合わせてくれているだけであって、実は違うんじゃないだろうか、というようなことを備酒さんはおっしゃっています。

それから柴尾さん^{III}という方は、大阪府田尻町にある「フィオーレ南海」という老人ホームの施設長なのですが、この方が去年出された本が『介護事故とリスクマネジメント』です。これからの施設は、予見できるリスクはできるだけそれを最小限にとどめ、それをどう具体的にマネジメントしていくかというリスクマネジメントとか、事故をどう減らすかとか、あるいはそれと同時に抑制とか拘束とかいったものをどうはずしていくのか、というようなことをもっとお互いに考えていかななくてはならない。抑制や拘束をはずすということはある意味では自立へのチャレンジですから、チャレンジするということにリスクが起きるのは当たり前です。

これがある意味ではこれまでの福祉の考え方を非常に大きく変えています。これまでは、事故がないように安全に、といていたことが保護になり、押さえつけることになってしまっていたわけですが、これからはむしろチャレンジしてもらおう。いわばそのチャレンジ、チャンスを獲得しようという、それが自立です。そのかわりリスクは起きるわけです。リスクのない社会はありえない。だとしても、そのリスクを野放しにするわけにはいかない。そこの狭間がプロとしての仕事ですよ。いかにチャレンジし、その人らしく自分ひとりで歩いてもらい、あるいは、ベッドで寝返りをうてば落ちるかもしれないけれど縛りつけることはしない。そのかわり、いかにプロとしてのポイントできちんと対応するか、それがプロなんだと。そのリスクを管理するという、その狭間というものをこれからの事業者は考えなければいけないと柴尾さんは言われています。そうした考え方が広がってきているというのはひとつの大きな変化ではないかというふうに思います。

(4) 自分の気持ちを表現できにくい利用者の声を引き出し、勇気づける支援

それからもう1つは、私も少し関わっているのですが、施設利用者の声がなかなか提供者に直接伝わりにくいということもあって、オンブズマンが実際にそのベッドサイドまで行ってご本人の話を聞き、意見を聞くというかたちで、施設入所者の声を施設側に橋渡ししています（特定非営利法人介護保険市民オンブズマン機構・大阪の経験）。そのときも、何でこんなことを施設の職員はわからなかったのだろうか、という施設長がおっしゃることが結構あるわけです。施設の職員がいくら善意であっても、いくら一生懸命に仕事をしていても、利用者の気持ちに気づかないことは大いにありうるのです。それはなぜかというと、それぞれ違う人格を持った人がそこで生活をしているわけですから、それぞれが違う意識を持っているわけです。しかも、立場が違います。それに気づいていただくということが基本になっています。

こうしたものを含めて、サービスの質について当事者自身のほうから声を上げていく活動というのが少しずつ広がりかかっています。これがある意味では当事者参加といえますか、利用者としての市民の参加ということに関わってくるのではないかというふうに思います。

4. 今後解決が求められる課題と考えられる点

これからの大きな課題の1つは物の考え方です。確かにサービスの利用は増えてきて、公的サービスを利用することは当たり前ということになってきました。しかし、それがさらに一歩進んで、どのような状態であってもその人なりに生活をしていく権利を持っているというところまで、果たして市民社会のなかで定着しているだろうか、ということについては、まだまだこれからもう少し見ていかななくてはいけないのではないかなと私は思っています。身体的なケアが必要な人の場合はご本人なりの自己決定とか意欲というのは明確に把握できるのですが、痴呆とか、あるいは障害者でいえば精神障害とか知能に重い障害を持っている方たちへの対応ですね。コミュニケーションが取れない場合が多い。そうした人々も当たり前

きていく権利を当然に持っているのだというところまで社会のなかで定着しているかどうか。つまり、そういう人々も私たちと同じ市民なんだ、私たちと違うところはあるけども、同じ社会の市民なんだという意識が果たして定着しているだろうかということは、まだこれから議論すべき課題ではないかと思います。

先ほど言いましたように、契約といっても果たして当事者が本当に納得して契約しているのだろうか、ということがまだ問題になっています。

また、施設にかかる費用が非常に大きい。それに対して施設から在宅への誘導と政策では言われていますが、果たして本当に効果を持つような在宅誘導政策が展開されるのだろうか、ということがまだ残っています。

もう1つは、サービスは利用してよかった、ということにとどまらずに、利用した効果はどう現れたのか、ということがこれから大きな課題になるだろうと思います。サービス評価というときに、アクセス、要するに利用しやすい、あるいは、どこにでもあるから選べますよね、ということは実現に向っています。

ではサービスを利用した結果どんな生活になっていったのか、という成果と申しますか、達成されたもの、それは果たしてどういうかたちで評価したらいいのだろうかという面もあります。とくに介護という労働の効果をどういうふうにするのか。子育ての場合は、これからどう成長していくかという期待感があるわけで、まだ比較的目に見えやすいです。それに対して介護は、ある意味ではその間をどういうふうに充実した人生を送りつつ、その人らしく生きて死を迎えるかというプロセスですよね。それをどういうかたちで評価するのがいいのかということについては、まだまだ議論ができていないのではないかと思います。

さらにもう1つは、これまでは「安全に」とか「保護」とか「安静に」とか言っていましたけれど、先ほど言いましたようにもっと積極的な生き方を求めていくということです。たとえば、オンブズマンなどが聞いてきた話で言えば、麻痺で施設のなかで車椅子生活をしていらっしゃる方が「阪神の応援に行きたい」と言った。それは2002年だったんですね。先を読み取る力がその方にあったみたいで、2003年（この年18年ぶりに優勝した）

ならば当たり前ですが、去年の秋の段階で阪神の応援に行きたいというのはさすがですよ。でも残念ながら、そういうような声にいまの施設のスタッフは応えられないのです。

つまり、もっと言えば、オンブズマンの話によると、「この施設に入って退屈だ。体が鈍ってしまう。わしゃ駄目になってしまう」という不満が1番多かったというのです。駄目になったから施設に入っていたのではないわけですよ。つまり、施設に入っている人は駄目ではないのです。先ほどの備酒さんのお話もそうですが、お年寄りも意外と力強い握手ができるとか、ファッションが結構流行りだとか、そういうようなことを見ると、お年寄りはずっともっと自己実現とか社会参加を求めている。国際高齢者年が1999年にありましたが、そのときの5つの基本の考え方のうちの1つが「自己実現 (self-fulfillment)」であり、もう1つが「社会参加 (participation)」だったわけです。これまでは、お世話します、ケアしていますよ、ということにとどまっていたけれど、お年寄りが求めているのは本当はもっと社会的にいろんな活動をしたいということです。介護保険は介護のところだけですから、それである程度生活の部分、たとえば排泄や入浴や食事は保障されたとしても、「それだけが私の人生なの？」ということですね。

その声に対応するためには、いまのスタッフの人数だけではとても足りないとすれば、それは市民社会のなかで関わりがないといけない。たとえば甲子園に痴呆のおじいさんが行かれたとして、じゃあ観客が暖かく迎えるだろうか。まあ2003年は勝っているから暖かく迎えるでしょうけれどね。阪神電車も含めて痴呆性の高齢者や要介護高齢者がきちんと乗って行けるかどうか。商店街で「メガホン買うぞ」と言ったときに、「何、このじいさん」というふうに見るのか「そうだよ、一緒に応援しよう」というふうに見ることができるのか、やはりそのあたりはこれからの市民社会の成熟度ということに関わってくるのではないかというふうに思います。

そういう意味では、セーフティネットではなくて、もういっぺんジャンプするジャンピング・ネットをめざす支援です。たとえば、痴呆のおばあさんで、孫がサッカーをやっている方がいらして、それで2002年のワールドカップのときは日本選手の選手名を全部覚えていて、試合のときは静か

に見てはるんですね。幸いに日本チームはたくさん勝ちましたので、その施設の職員はビデオをいっぱい撮っていました。そのおばあさんはビデオが映っているあいだは、シンとしてじっくり見てはるというような話もありました。そういうようなことも含めて、いろんな意味でご自分の社会的活動、社会との関わり、そうしたものを高齢者も求めていらっしゃる。そのときに他の若年市民のほうがそれを拒絶してしまったのでは、せっかく外に出たいと思っても出にくい、そういう心のバリアというものができてしまいます。今の社会に、高齢者や障害者の市民参加を抑えている構造があるとすれば、その構造を取り除き、風通しの良い社会にするために力を集中する必要があります。

そして、それらを含めて、市町村介護保険事業計画なども含めてですが、政策に対して市民参加と私たちも主張してきました。いったいどういうルートで何を実現することなのか、具体的にどういうかたちで、どこで市民が関わるのかということについては、どうもまだ見えていないように思うのです。もちろん、1つのパターンだけではないと思います。いろんなかたちで市民参加というのがあります。言葉で市民参加と言っても、具体的に何をすることが市民参加なのか。もちろん、事業計画策定の委員会に入ることも市民参加だし、事業者としてサービスを提供する側にまわることも市民参加だ。と個別の話はできるのですが、それらを通して政策への市民参加というのは何を意味するのかというのは、実は私もよくわかりません。そのあたりはあとでの議論なども含めて相互に意見を交わせたらいいなというふうに思っています。ということで、一応これで話を終わりにさせていただきます。どうも長いあいだご静聴ありがとうございました。

参考文献

- i 沖野達也編著『介護保険を生き抜くための介護事業の「誤解」と「鉄則」』中央法規、2001年
- ii 備酒伸彦著『地域ケアを見直そう』医学書院、2003年
- iii 柴尾慶次著『介護事故とリスクマネジメント』中央法規、2002年