

Title	パートナーリズムと当事者主権の比較による介護保険制度の研究
Author(s)	島田, 裕輔
Citation	
Issue Date	2013-03
Type	Thesis or Dissertation
Text version	author
URL	http://hdl.handle.net/10119/11281
Rights	
Description	Supervisor: 藤波努 准教授, 知識科学研究科, 修士

修 士 論 文

パターンリズムと当事者主権の比較による
介護保険制度の研究

指導教員 藤波努 准教授

北陸先端科学技術大学院大学
知識科学研究科知識科学専攻

島田 裕輔

審査委員： 藤波 努 准教授（主査）
國藤 進 教授
DAM HIEU CHI 准教授
吉田 武稔 教授

2013 年 2 月

目 次

第 1 章 はじめに	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究の目的	6
1.3 研究方法	6
1.4 関連研究	7
1.5 研究の特色	8
1.6 論文の構成	8
第 2 章 日本における介護保険制度の概要	9
2.1 介護保険とは	9
2.2 介護保険制度の仕組み	10
2.3 医療保険制度の仕組み	16
2.5 介護保険制度の現状と今後予測される問題点と利点と欠点	19
第 3 章 パターナリズムと当事者主権の比較	21
3.1 パターナリズムと当事者主権の比較について調査するにあたって	21
3.2 パターナリズムとは	21
3.3 当事者主権とは	25
3.4 パターナリズムと当事者主権の比較での結論	27
第 4 章 ドイツ・韓国の介護保険制度の比較およびパターナリズムと当事者主権の国際的な有効性	29
4.1 ドイツ・韓国の介護保険制度について調査するにあたって	29
4.2 ドイツ・韓国の運営全般とそれに伴う保険者	29
4.3 ドイツ・韓国の被保険者と給付対象者	30
4.4 ドイツ・韓国の要介護認定	30
4.5 ドイツ・韓国の介護サービスと保険給付	32
4.6 ドイツ・韓国の介護保険制度にパターナリズムと当事者主権の結論	33

第 5 章	まとめ	35
5.1	要約	35
5.2	本論文で考察するパターナリズムと当事者主権の活用法	38
5.3	今後の課題	39
参考文献		41
謝辞		43

目 次

1.1	高齢化の現状と推計	2
1.2	第1号被保険者(65歳以上)の要介護認定数の推移	3
1.3	要介護認定の状況	4
1.4	介護・看護を理由に離職・転職した人数	4
1.5	同居している主な介護者の介護時間(要介護者の要介護別度)	5
2.1	介護保険導入の経緯・意義	9
2.2	介護保険被保険者(加入者)について	10
2.3	介護給付費の財源構成	12
2.4	サービス利用の手続き	14
2.5	要介護認定の流れ	15
2.6	介護保険制度と仕組み概要図	16
2.7	保険診療の概念図	17
2.8	医療費患者の負担の割合	17
2.9	診療報酬点数の例	18

表 目 次

1.1	認知症患者数の現状と推計・・・・・・・・・・・・・・・・	2
4.1	ドイツ・韓国の要介護時間による介護認定区分・・・・・・・・	31
4.2	日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較・・・・・・・・	34

第 1 章

はじめに

現在、高齢化が進むと同時に、高齢者の人数も増える一方であり、高齢化の波は、地方ではピークを過ぎて減少期になってきている。しかし、大都市圏では、これから 15 年間にわたって高齢化の波がくると言われている。

そして、大都市圏では、介護施設および介護人員への需要もますます拡大している一方、施設建設と維持コストが高くつくため、施設はこれ以上増やせないという問題に直面している。

また、現在介護現場では深刻な人手不足、高い離職率などの問題を抱え、日本の介護福祉有資格者の活性化率は 5 割しかなく、手厚い介護を支えているのが発展途上国の女性であるのが現状である。

その背景には、介護保険制度の問題が挙げられ、厚生労働省が事前調査により定額支給額を決定するため、当事者の現状を把握しないで支給額や時間制約がなされており、介護する側においては質の良い介護をしようとする、赤字になってしまう恐れがある。その対策として赤字を避けるために手のかかる高齢者を対象としない介助者が増える可能性が危惧される。よって、利用者側のニーズに沿った支援を行ってもらえない可能性がある。

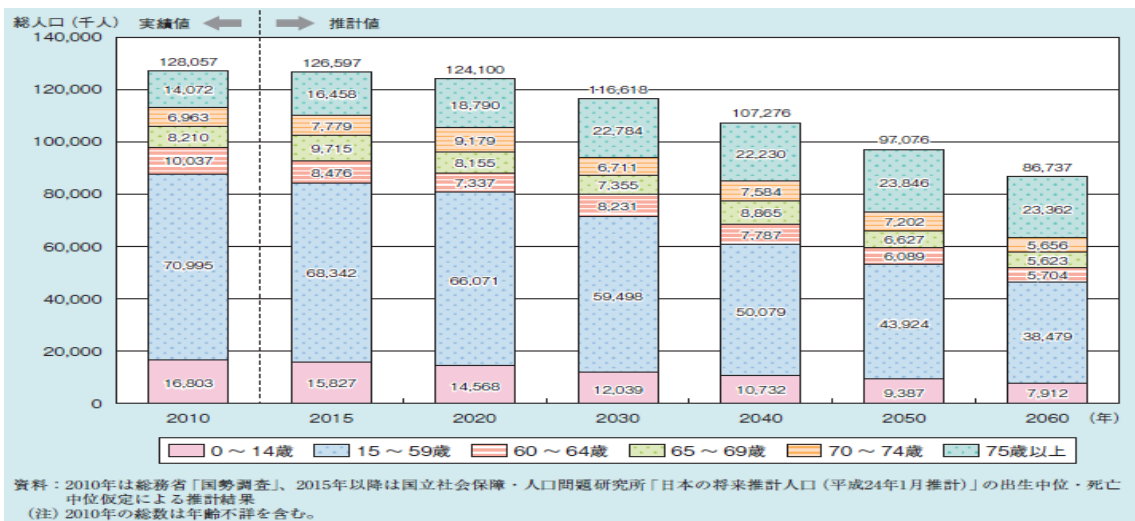
本研究では、介護保険制度の利点、欠点、今後予測される問題点を明らかにする。そして、パターンリズム、当事者主権の比較を行い利用者のニーズに沿った支援を行うために、介護保険制度にどのように組み込むことができるのか調査する。

1.1 研究背景

現在世界各国では高齢化が進み、高齢化問題は現代社会にとってもっとも重要な課題の一つとなっている。日本の高齢化状況について、厚生労働省「平成

24年度版高齢者白書」によると2010年の65歳以上の高齢者人口は、過去最高の292.4万人となっており、総人口に占める割合23.3%となった。

また、将来予測としては、2060年には65歳以上の高齢者人口は、346.4万人に達し、総人口に占める割合は39.9%となり、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と推計されている。(図1.1)



出典：厚生労働省 平成24年度版高齢社会白書

図1.1 高齢化の現状と推計

高齢者が増加するとともに、認知症患者の増加も予測できる。認知症についていまだ解明されていない部分が多いが、年齢と関連していることが明らかである。認知症全体の発症率が85歳までゆっくり上昇し、85歳を超えると急激に上昇する。また、国立社会保障・人口問題研究所の調査によると、2010年の認知症患者数が268万人になり、全国人口の2.1%を占めている。さらに将来の推計として、2060年では認知症患者数が343万人に達し、全人口の3.6%を占めることが予測されている。(表1.1)

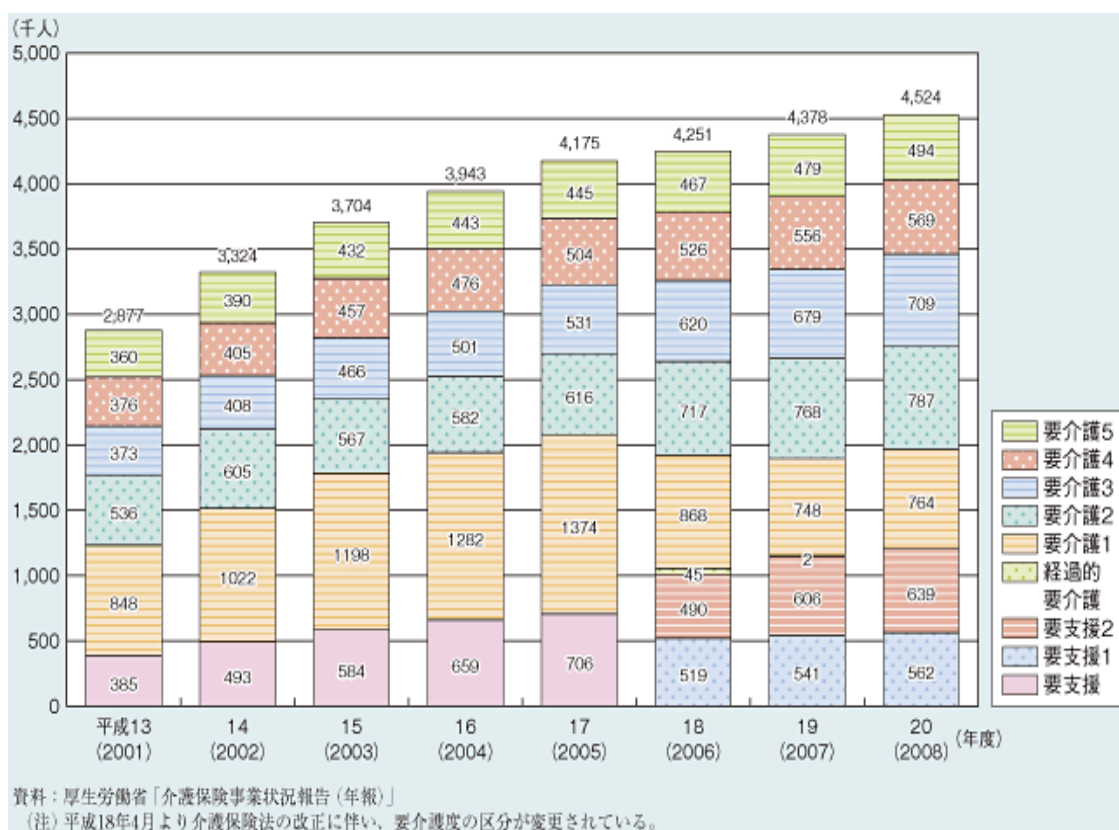
	高齢者人口	認知症患者(A)	人口(B)	人口比(A÷B)
2010 年	2942 万人	268 万人	1 億 2718 万人	2.1%
2020 年	3590 万人	372 万人	1 億 2274 万人	2.7%
2030 年	3667 万人	334 万人	1 億 1522 万人	2.9%
2040 年	3853 万人	351 万人	1 億 0570 万人	3.3%
2050 年	3764 万人	343 万人	9515万人	3.6%

出典：人口統計資料集(2011)～年齢(3区分)別人口および増加率の将来推計：2005～2050年

表1.1 認知症患者数の現状と推計

厚生労働省「介護保険事業状況報告書」では、介護保険制度における介護者又は要支援者と認定された人のうち、65歳以上の人の数についてみると、2008年度末で452.4万人となっており、2001年度末から164.7万人増加しており、第1号被保険者(65歳以上)の16%を占めている。(図1.2)

また、65～74歳と75歳以上の第1号被保険者について、それぞれの支援、要介護の認定を受けた人の割合をみると、65歳～74歳で要支援認定を受けた人は12%、要介護認定を受けた人が3%であるのに対して、75歳以上では要支援の認定を受けた人は7.6%、要介護認定を受けた人は21.6%となっており、75歳以上になると要介護認定を受ける人の割合が大きく上昇すると予測している。(図1.3)



出典：厚生労働省 平成23年度版高齢社会白書

図1.2 第1号被保険者(65歳以上)の要介護認定数の推移

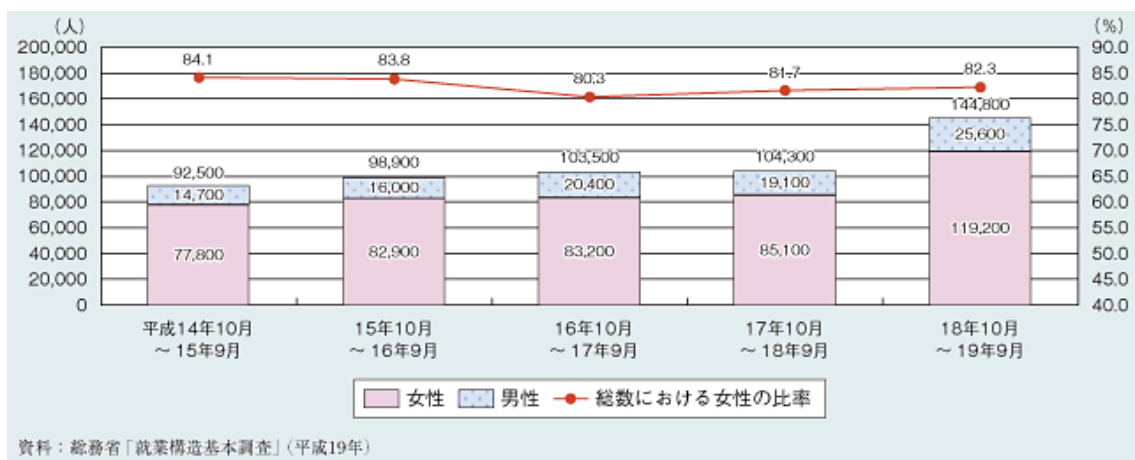
単位:千人、()内は%			
65～74歳		75歳以上	
要支援	要介護	要支援	要介護
187 (1.2)	455 (3.0)	1,014 (7.6)	2,868 (21.6)
資料:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」(平成20年度)より算出			
(注)経過的要介護の者を除く。			

出典：厚生労働省 平成23年度版高齢社会白書

図1.3 要介護認定の状況

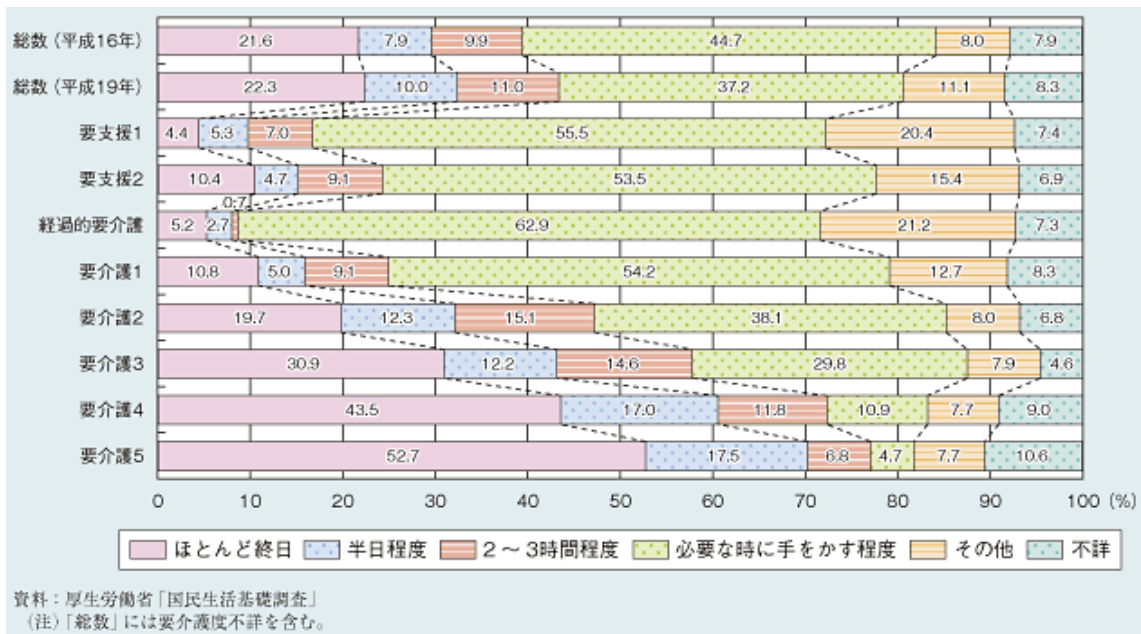
総務省「就業構造基本調査」では、家族の介護のために離職や転職をする人が増えている。家族の介護や看護を理由とした離職・転職者数は平成18年10月から19年9月の1年間で144,800人である。とりわけ女性の離職・転職数は119,200人で、全体の82.3%を占めている。(図1.4)

また、厚生労働省「国民生活基礎調査」では、同居している介護者が1日のうち介護している時間をみると、「必要な時に手のかす程度」が37.2%と最も多い一方で、「ほとんど終日」も22.3%となっている。要介護別にみると、要介護1から要介護2までは「必要なときに手のかす程度」が最も多くなっているが、要介護3以上では「ほとんど終日」が最も多くなっており、要介護5では約半数がほとんど終日介護している。(図1.5)



出典：厚生労働省 平成23年度版高齢社会白書

図1.4 介護・看護を理由に離職・転職した人数



出典：厚生労働省 平成23年度版高齢社会白書

図 1.5 同居している主な介護者の介護時間(要介護者の要介護別度)

以上により、高齢化が進むと同時に、高齢者の人数も増える一方であり、大都市圏での高齢化の波はこれから 15 年間にわたってくると言われている。

厚生労働省「介護保険事業状況報告書」では、介護保険制度における介護者又は要支援者と認定された人のうち、65 歳以上の人の数についてみると、2008 年度末で 452.4 万人となっており、2001 年度末から 164.7 万人増加し、第 1 号被保険者(65 歳以上)の 16%を占めている。

そして、大都市圏では、介護施設および介護人員への需要もますます拡大している一方、施設建設と維持コストが高くつくため、施設はこれ以上増やせないという問題に直面している。

現在介護現場では深刻な人手不足、高い離職率などの問題を抱え、日本の介護福祉有資格者の活性化率は 5 割しかなく、手厚い介護を支えているのが発展途上国の女性である(上野,2011)。

また、総務省「就業構造基本調査」の報告では、高齢化が進むにつれて同居する家族が介護のために離職や転職をする人が増えている。

そして厚生労働省「国民生活基礎調査」では、「要介護度」が上がるにつれて家族の介護の負担が大きくなるのしかかってきている。

その背景には、介護保険制度「要介護認定」の問題が挙げられる。医療保険制度では何がその患者にとって適切かという医療の質と量を決定している。そのため医者専門性とオーソリティーが強い意思決定権を医者に与えている。しかし、介護保険制度の「要介護認定」は、何が適切な介護なのかを判断して

いるのではなくて、利用料をいくらまでに抑えるかを判定している。つまり利用量制限であって介護の適切さの判定ではない(2011, 上野)。

そして、介護保険制度は、厚生労働省が事前調査により定額支給額を決めており、当事者の現状を把握しないで支給額や時間制約がなされ、介護する側においては質の良い介護ができない制度になっている。そのため、質の良い介護をしようとするすると赤字になってしまう恐れがある。

その対策として赤字を避けるために手のかかる高齢者を対象としない介助者が増える可能性が危惧される。よって、利用者側のニーズに沿った支援を行ってもらえない可能性がある。

1.2 研究の目的

介護保険は定額支給制であり、介護保険制度利用料抑制の問題が挙げられる。そして、厚生労働省が事前調査により定額支給額を決定しており、現状を把握しないで支給額が決められ時間制約がなされている。そのため、介護保険利用者にとって使いにくいシステムとなっている。

しかし福田(2011)は、介護保険ができたことにより、使用用途が限定された財源ができたことによって介護という巨大市場が生まれ、介護はタダではないという常識ができたことで家族の介護の値打ちが変わったことを利点として挙げている。

以上を踏まえ、介護保険の利点、欠点、今後予測される問題点を先行研究から明らかにする。そして、パターナリズム、当事者主権の比較を行い介護保険にどのように組み込むことができるのか調査を行う。

1.3 研究方法

本研究は先行研究の文献レビューを通し、厚生労働省が介護保険導入の経緯・意義を明らかにし、厚生労働省の介護保険に対する考えと、介護利用者と介護従事者の現状の違いを明らかにしたうえで、介護保険の問題点と利点を調査する。

また、本研究では先行研究で提起されている、パターナリズム、当事者主権の比較を行う。そして、先行研究での介護保険の改善策と言い分をまとめ、介護保険について、利用者のニーズに沿った支援を行うための提案を行う。

1.4 関連研究

関連研究として以下の研究を挙げる。

ケアの根拠では、ケアは労働か否かという問いでは、生命の「生産・再生産」のサイクルにおいて、介護は「移転・破棄・処分」に当たると述べている(2011, 上野)。

超高齢化社会は、栄養水準や衛生水準、医療水準、介護水準などの上昇の結果があつて、平均寿命の延長は総じて高齢者の生活水準が上がったことに起因する(2011, 上野)。

上野・中西は当事者主権を提起し、現在介護保険制度で行われている要介護認定廃止論者である。その理由として、医療保険には要介護認定などない。医療保険制度では何がその患者にとって適切かという医療の量と質、それを決定しているのは医者である。なぜ、それと同じことが介護ではできないのかロジックを立てることができるはずであると述べている(2011, 上野・福田)。

中西は当事者のニーズ中心の介助サービスの実現のためには、介助利用を抑制するようなシステムなどない方が良く述べている。そして、国が介助利用の抑制を図るためには3つの方法「場所の限定」、「対象の限定」、「内容の限定」を挙げている(2007, 中西)。

上野(2011)は介護保険の当事者主権として以下2つの案を挙げている。

- ① ケアマネージャーの報酬単価をもっと上げて、医者・弁護士くらいの社会的な地位と権威と専門性がケアマネージャーに寄与されるようになって、事業者から独立することができることである。
- ② 合議制を活用する方法を提案している。例えば、認知症高齢者家族の会は、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等を入れた会議で合議して決めることを提唱している。それにより、チームケアで究極のカスタムメイドの個別ケアを行う方法である。

1.5 研究の特色

厚生労働省は介護保険導入の経緯・意義として、高齢化の進展に伴い要介護者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズはますます増大し、一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化に対応し、介護保険の導入を行った。

その要介護者の支援として、高齢者の自立を支援する自立支援、利用者の選択により多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる制度である利用者本位、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用し、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みを理念とする介護保険を創設した。

しかし、実際の介護保険は厚生労働省の方針と介護保険利用者や介護者の期待では大きな差が生じている。

本研究では、本研究では先行研究で提起されている、パターナリズム、当事者主権の比較を行い、介護保険利用者のニーズに沿った支援を行うために介護保険制度の中にどのように組み込むことができるのか調査を行う。

1.6 論文の構成

本論文は、全5章で構成する。第2章では介護保険制度の概要を述べ、医療制度の説明および介護保険制度の現状と利点と欠点を述べる。第3章ではパターナリズム、当事者主権の説明を行い、パターナリズムと当事者主権の比較を行う。第4章ではドイツ・韓国の介護保険制度の比較およびパターナリズムと当事者主権の国際的な有効性について述べる。第5章では本稿のまとめを行い、本論文で考察するパターナリズムと当事者主権の活用法を述べ、今後の課題を述べる。

第 2 章

日本における介護保険制度の概要

2.1 介護保険とは

介護保険とは、「介護を必要とする被保険者の、治療や介護等にかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支援する為の保険制度」である。

厚生労働省は介護保険導入の経緯・意義として、高齢化の進展に伴い要介護者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズはますます増大し、一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化に対応し、介護保険の導入を行った。

その要介護者の支援として、高齢者の自立を支援する自立支援、利用者の選択により多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる制度である利用者本位、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用し、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みを理念とする介護保険を創設した。（図 2.1）

介護保険導入の経緯・意義

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）を創設

- 自立支援・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- 利用者本位・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

出典：厚生労働省 介護保険導入の経緯・意義

図 2.1 介護保険導入の経緯・意義

2.2 介護保険制度の仕組み

介護保険は 40 歳以上の人全員が原則として加入することになっている。介護保険制度の被保険者は、①65 歳の以上の者(第 1 号被保険者)、②40～64 歳の医療保険加入者(第 2 号被保険者)となる。(図 2.2)

	第1号被保険者	第2号被保険者
対 象 者	65歳以上の者	40歳から64歳までの 医療保険加入者

出典：厚生労働省 被保険者(加入者)について一部改変

図 2.2 介護保険被保険者(加入者)について

また、40 歳から介護保険加入を義務付けられている理由として、40 歳を超えると、老化にともなう病気によって自分も介護が必要となる可能性が高くなり、親を介護する場合も多くなるためである。そこで、40 歳以上の国民全員で保険料を出し合い、介護が必要になった人やその家族にできるだけ負担のない生活をおくれるよう、さまざまなサービスを提供している。

介護保険サービスは、65 歳以上の者(第 1 号被保険者)は原因を問わず要支援・要介護状態になった時に、40～64 歳の者(第 2 号被保険者)は老化による病気(特定疾患)が原因で要支援・要介護になった場合に受けることができる。

また特定疾患の定義として厚生労働省は、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって(1)、(2)のいずれかの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病であるとしている。

(1) 65 歳以上の高齢者に多く発生しているが、40 歳以上 65 歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率(類似の指標を含む)等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるものか、(2) 3～6 ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病があるものとしている。

特定疾患の範囲は、末期がん、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿

病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症である。

要介護認定を受けた被保険者が利用する介護保険サービスは大きく分けて、「施設サービス」、「居宅サービス」、「地域密着型サービス」、「介護予防サービス」、「地域密着型介護予防サービス」になる。

「施設サービス」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設などがあり、高齢者が長期的に入所・入院する施設である。

「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所サービスなどがあり、介護利用者が自宅で受ける介護サービスや自宅から通って利用するサービスのことをいう。

「地域密着型サービス」とは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護などがあり、要介護や要支援状態となっても可能な限り、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするためのサービスである。

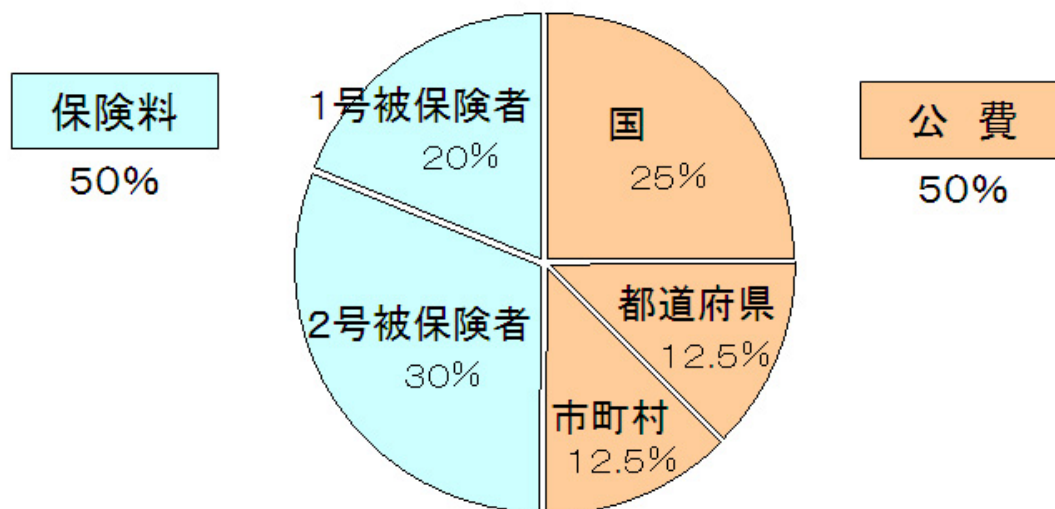
「介護予防サービス」では、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリ、介護予防訪問介護などがあり、介護を必要とする人に対する支援ではなく、要介護者の発生をできるだけ防ぎ、日常生活を送る上で、「自立」に向けた生活が送れるように支援することを目的としたサービスである。

「地域密着型介護予防サービス」では、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護などがあり、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービスが市町村によって提供されるよう新設された「地域密着型サービス」の予防版のことである。

保険料徴収については、第 1 号被保険者については、一定額以上の年金受給者については年金保険者が天引きして徴収し、市町村に納付する。それ以外の第 1 号被保険者からは市町村が直接徴収する。

それに対し、第 2 号被保険者の保険料は、医療保険者が医療保険と一体で徴収して社会保険診療報酬基金に納付し、同基金から市町村に交付される仕組みになっている。

介護保険の給付費(諸費用から自己負担分を除いたもの)の財源構成は、公費 50%、保険料 50%で成り立っている。保険料は、第 1 号被保険者が 20%、第 2 号被保険者が 30%負担する。公費は、国 25%、都道府県・市町村がそれぞれ 12.5%負担している。国庫負担 25%のうち 5%部分は、市町村の保険財政のための「調整交付金」として交付される。(図 2.3)



出典：厚生労働省 介護給付費の財源構成

図 2.3 介護給付費の財源構成

介護サービスを利用するためには、利用者が要介護者であるかどうかを認定される必要がある。そのため、まず、市町村に要介護認定を申請することからはじまる。

要介護度審査は、認定調査を保険者（調査員）が行い、その結果とかかりつけ医者の作成する意見書を基にして、認定審査会によって審査が行われる。

認定ソフトで一次判定を行い、その結果によって二次判定を行い、「要支援 1」～「要支援 2」と「要介護 1」～「要介護 5」の 7 段階に分けられる。また、それらに該当しない場合、「非該当」となる。

厚生労働省は、要介護認定の審査基準として、平成 14 年の老人保険健康増進等事業において、平成 11 年からの要介護認定に関する研究や要介護認定の結果の傾向を踏まえ、以下のような成果を報告している。そして、要支援状態又は要介護状態についておおむね以下の状態を予測している。

- ① 「自立」（非該当）=歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある場合
- ② 要支援状態=日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活の動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態

- ③ 要介護 1=要支援状態から、手段的日常動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態
- ④ 要介護 2=要介護 1 の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態
- ⑤ 要介護 3=要介護 2 の状態と比較して、日常生活動作及び手段的日常動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態
- ⑥ 要介護 4=要介護 3 の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態
- ⑦ 要介護 5=要介護 4 の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活がほぼ不可能な状態

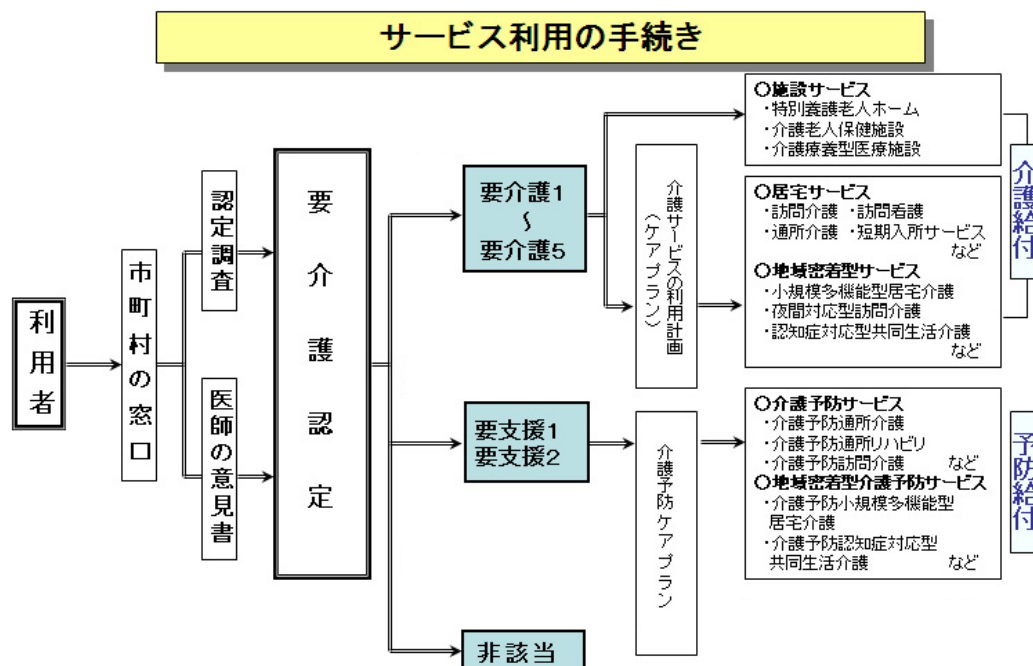
また、介護認定基準時間の分類を以下に示す。

- ① 要支援 1 (25 分以上 32 分未満)
- ② 要支援 2 (32 分以上、50 分未満)
- ③ 要介護 1 (32 分以上、50 分未満)
- ④ 要介護 2 (50 分以上 70 分未満)
- ⑤ 要介護 3 (70 分以上 90 分未満)
- ⑥ 要介護 4 (90 分以上 110 分未満)
- ⑦ 要介護 5 (110 分以上)

要介護認定を受けた者が上記に挙げた基準時間内で受けられる介助サービスを以下に示す。

- ① 直接生活介助=入浴、排泄、食事等の介助
- ② 間接生活介助=洗濯、清掃等の家事援助等
- ③ 問題行動関連行為=徘徊に対する探索、不潔な行為に対する始末等
- ④ 機能訓練関連行為=歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
- ⑤ 医療関連行為=輸液の管理、じょくそう処理等の診療の補助

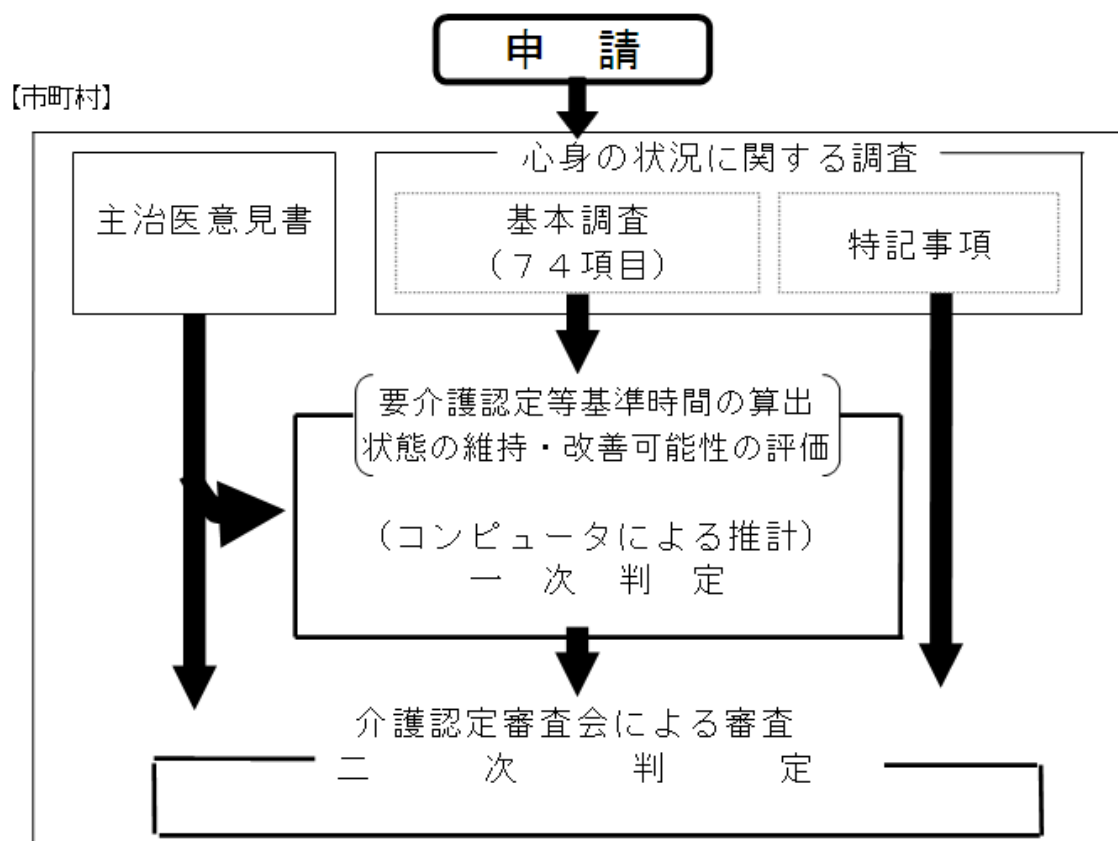
これに基づいて、「要介護 1」～「要介護 5」と認定された者には「介護給付」が受けられ、ケアマネージャーに、「介護サービス利用計画(ケアプラン)」を組み立ててもらう。そして、「要支援 1」～「要支援 2」と認定された者には、「予防給付」が受けられ、ケアマネージャーに「介護予防ケアプラン」を組み立ててもらう。(図 2.4)



出典：厚生労働省 サービス利用の手続き一部改変
図 2.4 サービス利用の手続き

介護保険サービスの手続を以下に示す。

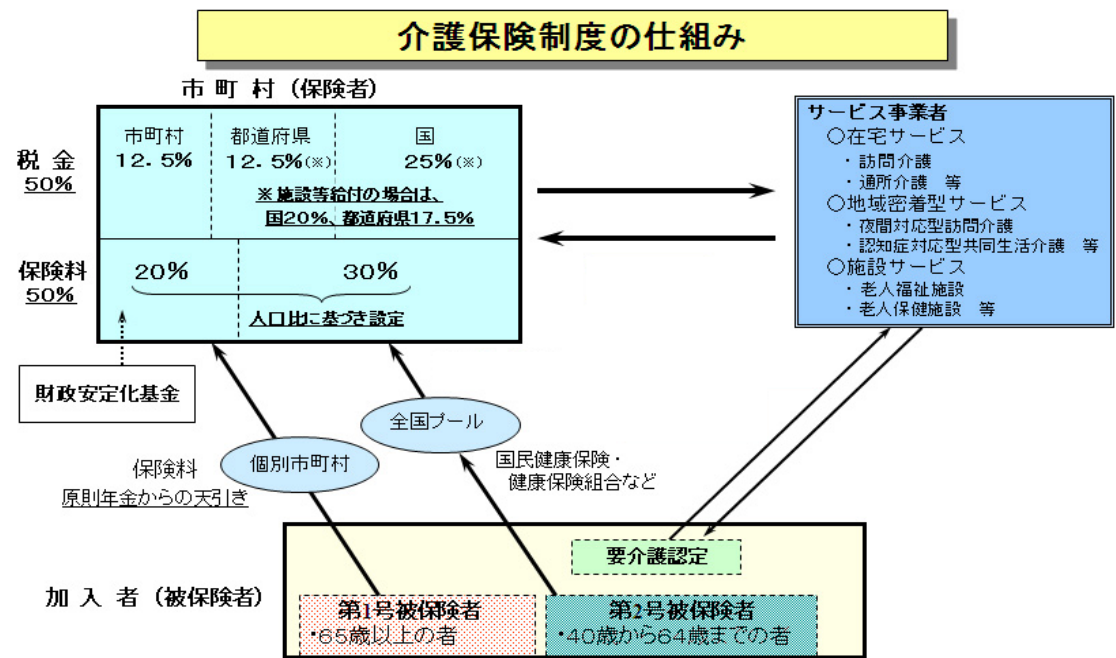
- ① 利用者が市区町村の窓口で申請を行う。
- ② 後日訪問調査員（保健師、ケースワーカー、ケアマネージャーなど）が、申請者の家庭に訪れ、環境や状況などの訪問調査をし、特別に記載する事項を調べる。また、心身の状態に関する 74 項目の基本項目を調査する。
- ③ 第一次判定をコンピュータで行う。
- ④ 第二次判定を市区町村の任命によって保健、医療、福祉等、介護に関する学識経験者の中から選ばれた「認定審査会」と呼ばれる人たちが、介護給付の有無、利用限度額などを決めていく。(図 2.5)



出典：厚生労働省 要介護認定に係る制度の概要
 図 2.5 要介護認定の流れ

- ⑤ 介護認定、要介護認定は、介護度が示され判定を受けた場合、市区町村から認定されて「被保険者証」が本人に通知される。
- ⑥ ケアプラン。環境に応じて、在宅介護か施設入所、訪問看護などプランを作成してもらう。ケアプランは、ケアマネージャーに作成してもらうことも可能で自分や家族が作成しても構わない。
 ※(サービスの利用ケアプランに基づき、サービスを利用する際、サービス内容に関しては利用者が自由に選べるが、費用に関しては、1割を機関や業者に直接利用者が支払うことになる。)
- ⑦ 介護認定の見直し。要介護認定は3ヶ月から6ヶ月間単位に見直され、同時に、ケアプランも変える事が可能である。
- ⑧ 苦情の申し立て。介護認定結果に不服がある場合は、各都道府県に設置されている「介護保険審査会」に「不服審査」という形で申請する事ができる。なお、申請できる期間は介護認定されてから60日以内となっている。

以上で述べたことをまとめたものを(図 2.6)に示す。



出典：厚生労働省 介護保険制度と仕組み一部改変
図 2.6 介護保険制度と仕組み概要図

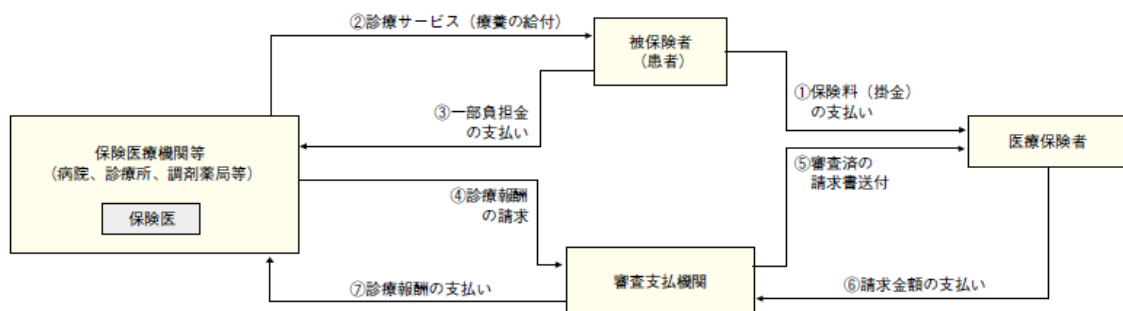
2.3 医療保険制度の仕組み

健康保険組合連合会による医療保険とは、病気やけがに備えて収入に応じた保険料を徴収して、医療を受けたときに保険から医者へ医療費を払う仕組みである。

また、国民全員が加入し、加入者がお金を出し合って運営している。医療保険は、サラリーマンが加入する被用者保険(職域保険)と、自営業者・サラリーマンOBなどが加入する国民健康保険(地域保険)、75歳以上の人が加入する後期高齢者医療制度に大別され、国民は必ずどこかの医療保険に加入している。さらに被用者保険は職業によっていくつかの種類があり、企業のサラリーマンが加入する健保組合と協会けんぽ、公務員が加入する共済組合などに分かれている。

保険診療の仕組みは、被保険者(患者)が保険料の掛け金を医療保険者に支払うことで、保健医療機関などの診療を一部負担金の支払いで受けることができる。

保険医療機関は審査支払機関に診療報酬の請求を出し、審査支払機関は医療保険者に審査済みの請求書を送付する。医療保険者は審査支払機関に請求額の支払いを行い、審査支払機関は保険医療機関に診療報酬を支払うという仕組みになっている。(図 2.7)



出典：厚生労働省 保険診療の仕組み一部改変

図 2.7 保険診療の概念図

医療費の患者負担は、6歳(義務教育就学前)の児童は2割負担、6歳(義務教育就学後)～70歳までの人は3割負担、70歳～75歳までの人は2割負担(1割負担に凍結中)、75歳以上の人は1割負担となっている。(図 2.8)



出典：厚生労働省 医療費患者負担について

図 2.8 医療費患者負担の割合

また、高額医療費制度というものが別途にあり、手術や出産など高額な医療費がかかった場合、医療の窓口で医療費の定率の一部負担金を支払った後、患者の負担が過重とならないよう、月額単位で自己負担限定額が払い戻しされる。

保険医療機関及び保険薬局が保健医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬(診療報酬)の仕組みは、厚生労働省大臣が中央社会保険医療協議会の審議を踏まえて決定する。

また、診療報酬は、医科、歯科、調剤報酬に分類される。
 具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される。いわゆる「出来高払い制」である。

診療報酬点数の例を図 2.9 に示す。

詳細資料①		診療報酬点数の例		※例示されている点数は、2008年4月の診療報酬改定以降のもの
基本診療料	初診料	病院・診療所		270点
	再診料	再診料 (200床未満の病院)		60点
		外来診療科 (200床以上の病院)		70点
		診療所		71点
	入院	基本料	○病棟等の類型別に9種類の入院基本料を規定 (一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料等) ○同一類型の入院基本料は看護配置基準、平均在院日数等により区分 (例) 一般病棟入院基本料10対1入院基本料 (1日につき)	1,300点
			○入院期間に応じて初期加算 (例) 一般病棟入院基本料の場合 ・入院後～14日以内 ・15日以上～30日以内	428点/日 192点/日
		入院基本料加算	○医療機関の機能に応じて35種類の加算項目を規定 (例) 入院時医学管理加算 (1日につき)	120点
		特定入院料	○包括払いを原則とする20の入院料を規定 (例) 救急救命入院料1 (1日につき)	9,700点 (3日以内) 8,775点 (4日以上7日以内)
特掲診療料	医学管理	(例) 特定疾患療養管理料		225点
	在宅医療	(例) 往診料		650点
	検査	(例) 尿中一般物質定性半定量検査 (注) 検査の際の薬剤料等は別途加算		26点
	画像診断	(例) 写真診断 (単純、胸部) (注) フィルム、造影剤等の費用は別途算定		85点
	投薬	(例) 薬剤料 調剤料 (外来) (内服薬・経服薬) 処方科 (6種類以下の内服薬の投薬の場合) 処方せん科 (6種類以下の内服薬の投薬) 調剤技術基本料 (入院中の患者以外の場合 (月1回))		別途薬価基準による 9点 42点 68点 8点
		注射	(例) 注射料 (皮内、皮下、筋肉内注射) 薬剤料	18点 別途薬価基準による
	リハビリテーション	(例) 心大血管疾患リハビリテーション科 (I)		200点
	精神科専門療法	(例) 標準型精神分析療法		390点
	処置	(例) 創傷処置 (100平方センチメートル未満) (注) 薬剤料、材料費等は別途算定あり		45点
	手術	(例) 虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの) (注) 薬剤料、材料費等は別途算定		6,210点
	麻酔	(例) 脊椎麻酔		850点
	放射線治療	(例) 体外照射 (エックス線表在治療 (1回目))		110点
	入院時食事療養		入院時食事療養 (1食につき) 標準負担額 (一般の患者負担金)	640円 260円

(注) 1点の単価は10円

出典：厚生労働省 保険診療の仕組み

図 2.9 診療報酬点数の例

2.5 介護保険制度の現状と今後予測される問題点と利点と欠点

厚生労働省「国民生活基礎調査」では、「要介護度」が上がるにつれて家族の介護の負担が大きくなるのしかかってきている。その背景には、介護保険制度「要介護認定」の問題が挙げられる。医療保険制度では何がその患者にとって適切かという医療の質と量を決定している。そのため医者専門性とオーソリティーが強い意思決定権を医者に与えている。しかし、介護保険制度の「要介護認定」は、何が適切な介護なのかを判断しているのではなくて、利用料をいくらまでに抑えるかを判定しているのである。つまり利用量制限であって介護の適切さの判定ではないのである（上野,2011）。

そして、介護保険制度は、厚生労働省が事前調査により定額支給額を決めている。そのため、当事者の現状を把握しないで支給額や時間制約がなされ、介護する側においては質の良い介護ができない制度になっている。そのため、質の良い介護をしようとする赤字になってしまう恐れがある。その対策として赤字を避けるために手のかかる高齢者を対象としない介助者が増える可能性が危惧される。よって、利用者側のニーズに沿った支援を行ってもらえない可能性がある。

しかし上野(2005)は、介護保険を「家族改革」と呼んでいる。なぜなら、介護保険は介護の責任、要介護者のニーズを満たす責任を、私的領域から公的領域へと転換したからである。もっとわかりやすく言えば介護は「家族だけの責任ではない」ということに、社会的合意が成り立ったことを意味するからである。また、介護保険が成立したとき第三のサービスを利用することに抵抗があるだろうという予想が各地にあった。しかし、介護保険が始まってほどなく、要介護認定率サービス利用率も年々軒並みに上昇する事実によってくつがえされたが、それというのも保険料支払いにともなう権利意識の高まりと、利用者側の経験の蓄積によるものである。

介護保険制度の利点は、介護保険ができたことにより、使用用途が限定された財源ができたことや、それによって介護という巨大市場を生んだことである。そして、介護はタダではないという常識ができたことにより有償の介護により家族の介護の値打ちが変わったことが利点であると述べている(2011, 福田)。

介護保険制度の欠点は、介護保険制度には「要介護認定」というものがある。要介護認定を申告し、認定を受けない限り、「要介護者」とはならないのである。

そのため、客観的には要介護者と同じ心身状態の高齢者だとしても、「要介護者」とはならないという問題がある。よって、要介護者は、まだ十分なニーズの利用者となっているとは言えない。また、第三者が判定を行うので、必ずしも本人が自分の求めているニーズの介護を受けられるとは限らないことも問題として挙げられる(2011, 上野)。

第 3 章

パターナリズムと当事者主権の比較

3.1 パターナリズムと当事者主権の比較について調査するにあたって

利用者のニーズに沿った介護保険制度の支援を行う方法にパターナリズムと当事者主権がある。これらを参考に利用者のニーズに沿った介護保険制度についての考察を行う。

なぜ、今回、パターナリズムと当事者主権に着目したかという、パターナリズムは制度や政策に多く取り入れられており、弱者を支援する政策に活用されているからである。そして当事者主権では中西正司と上野千鶴子が現在の介護保険の問題を改善するために提起された論理である。そのため、本論文ではパターナリズムと当事者主権の比較を行い、利用者のニーズに沿った支援を行うために、介護保険制度にどのように組み込むことができるのか調査を行う。

3.2 パターナリズムとは

パターナリズムとは、「ある人の行為が他人の利益を侵害するわけではないのに、そのような行為はあなたのためにならないから止めなさいとか、もっとこういうことをしなさいといって干渉すること」であると述べている(1997, 澤登:p4)。

前近代においては、人々の自由意思は相対的に尊重されておらず、伝統的身分秩序にもとづく家父長制的関係が人々の行為を方向付けていた。こうした社

会では自由意思を侵害するパターナリズムは問題とされなかった。しかし、近代以降の社会において、主体的個人の自由意思を出発点として社会制度を正当化する必要が生まれてからは、自由意思を侵害する他者による作為が正当か不当かを判定することが重要であると強調されるようになった。

とはいえ、近代社会であっても、パターナリズムのすべてが否定されるのではない。同じ行為の強制であっても、時代ごとにその線引きが変わってくるという問題もある。社会状況によって変動する、概念の社会学的意味論の問題である。他者からの干渉のない自由意思をどのように尊重するかといった問題には、近代社会とはいえ時代ごとの解釈が存在する。

時代ごとに解釈が異なるのであれば、パターナリズムの正当性についても、時代ごとにその意味合いが変わってくるということになる。

そして畑本(2011)は、パターナリズムの批評が行われるのは、本人の意思によらずにその行動に干渉することに結びつくメカニズムが存在するとされることが大きな理由とされると述べている。

また、現代社会において、具体的にパターナリズムが発揮される場として、福祉と労働を組み合わせるように福祉国家における福祉給付形態が変化していくことである。

パターナリズムの代表的な例として、「ワークフェア」があり、社会の中で自己の位置づけを失った人々は、国家の社会政策による支援や社会における連帯が生み出す支援によって、位置づけ回復させることである。もちろんこの支援は、社会変動のもたらす環境の変化に対応したものであることが前提である(2011, 畑本)。

ワークフェアができた背景として、先進国後退により、大量の失業者があふれ、従来からの財政赤字の累積に加えて、福祉国家を支える財政基盤が切り崩されていくことになった。そのため、人々の社会への参加を確保するにも、財政支出を膨らませるという手法を採りづらくなる。また、国によって状況は異なるが、豊かになった福祉給付が福祉依存を生み、それを期待することによって生計を立てる家庭内で貧困が再生産されるといった弊害も生みだされていた。

こうした社会情勢にあっては、社会問題の性質も変化する。現代では、従来の給付体系を前提としつつも、不十分とならざるを得ない給付を補い、制度的な逆機能を克服するための方策が必要である。そうであるなら、社会参加のための教育と訓練を合わせて実施することで、一定の社会統合を確保するという社会政策体系を採用することにも合理性があるだろう。こうしたあり方は、周知のごとく「ワークフェア」と呼ばれている(畑本, 2011)。

また、ワークフェアとは比嘉(2000)は、福祉(Welfare)と就労(Work)を合わせてつくられた言葉で、一般に、「社会的扶助給付の見返りとして、人々に就

労を要求するプログラム、あるいはそうした体制」と定義している。もっともこの定義は、ワークフェアが本来意図していた目的から比べると、非常に広いものであると述べている。

しかし、ワークフェアに対する批判も多い。こうした批判は突然生まれるものではなく、批判の理論的系譜が存在しているためである。

そして畑本(2011)は、どのようなものであれ国家による生活への介入は悪しきパターナリズムであるとして批判する学問的傾向が存在していたと述べている。

金田(2000)は、福祉国家の歴史を分析する中で、まずは、1980年代のニューライトによる小さな政府志向・福祉国家削減論(サッチャリズム)を取り上げる。サッチャリズムは、小さな政府を志向するが、個人と家族と社会に道徳的規律を押しつける政策も実施した。伝統的な家族による自助を強調して、福祉の後退を補おうとするものであった。

これが、個人生活の深部にまで介入する別の意味でのパターナリスティックな国家であるとして批判される。もちろん、ここでのパターナリズムは悪い意味合いを持つ言葉として利用されている。

一方で、正反対の路線であるはずの福祉国家の拡大路線も同じ論理で批判の対象となる。すなわち、拡大した福祉国家の福祉行政による生活侵害も批判されるのである。手厚い福祉行政は、専門家が生活向上を目指して助言や指導、さらには強制的手段を通じて介入する。

しかし、「このような手厚い保護や援助は、受給者の専門家にたいする依存性を高め、受給者自身が自身の責任においてみずからの生活を選択する機会を奪う」から、パターナリスティックであり、新しい隷属の形態なのだと述べている。

渋谷(2003)は、ワークフェアを、ニューライトすなわちネオリベリズムの洗練形態(アドヴァンスト・リベリズム)として批判している。サッチャー流の市場原理主義への批判からワークフェアが生まれ、国家が福祉給付と引き換えに市場で活躍するためのスキルを身につけさせる教育・訓練を施すのでは、市場をいっそう強化するべく奉仕しているだけではないかという主張である。すなわち、労働市場から排除された個人に労働市場で通用するスキルとやる気を身につけさせる『スプリングボード』としての政策であり、市場のもたらす価値観を絶対化するものだといっているのである(渋谷, 2003)。

どの時代の福祉国家による社会政策も、それらはパターナリズムであるからという理由で批判される。

仁平(2009)は、「特定の生のあり方だけを規範化する『排他的で一元的な政治』に転化する恐れを十分払拭できない」という政策の一側面を敏感にかぎ分

け反発を示すというメンタリティの伝統が存在するからかもしれない。こうした批判の姿勢が、ワークフェア批判に受け継がれたと述べている。

とはいえ、もっと重要なのは、そうした無益な批判ではなく、もっと建設的な議論や試行錯誤のための条件整備が行えるような議論の土壌を構築していくことでなかろうか。

同じような批判姿勢は、教育政策の分野にも見られる。仁平(2009)は、厳しい財政状況に対応して市民性が揺らぐ現代の生活不安の増大などに対応して、シティズンシップ教育が喧伝されていると指摘する。シティズンシップ教育とは、社会の成員として期待される特性や能力を市民性の要件として育てていくものである。

この教育政策も、ワークフェアと同じく特定の生のあり方を規範化するとして批判の対象となっている。自主的に行動できる人々を育てることがパターンナリズムだというのである。

もちろん、こうした批判が全く無益であるとはいえない。根拠のない権力批判は別として、パターンナリズムが行為者の自由／主体性を侵害する側面は確かに存在するのだから、この点への配慮は必要である。行為者の能力が発揮される現実の状況を考察する中で、行為者の自由／主体性が侵害される程度が過度であるのかそうではないのかといった視点からの批判であれば、欠くことができないだろう。

国家のどのような政策にもパターンナリズムが完全に払しょくされることはありえない。とりわけ、生活における主体的な判断能力が制約されている場面に多くかわる社会（福祉）政策においてはなおさらのことである(2011, 畑本)。

金田(2000)は、このことは認めており、パターンナリスティックな福祉国家を全面的に拒否することはできないから、「共存のために必要な最小限の福祉を問い直すこと」だという結論をくだすと述べている。

また、新しいパターンナリズムについて畑本(2011)は、侵害原理を支持しモラリズムの無制限な拡張をけん制するために考案された論理であると述べている。偶然の事故などにおいて意識せずに自害の行動を取ろうとする人を引きとめることも一種のパターンナリズムであるが（例えば、上からものが落ちてくるのに気がつかない人をひきとめるなど）、ここで自由への干渉が不当であると見なされることはないだろう。ところが、侵害原理だけでは、こうした干渉でも無思慮に制限されてしまう恐れがある。よって、侵害原理の正当性を維持していくためには、それを補足するものと限定した上でのパターンナリズムを認めていく必要がある。すなわち、「人を本人自身から保護する」のを理由とすることに限定したパターンナリズムを主張している。

武智(2001)は、弱いパターンナリズムとは、ある人が実質的に自己自身の判断

を下しえない場合に、保護を加えたり、利益を守ることである。病気で判断能力が低下しているとき、鬱状態で判断能力が低下しているとき、介入が道徳的に肯定されると述べている。

そして畑本(2011)は、家族形態が多様化し地域社会が弱体化している現代社会においては、従来のインフォーマルな人々のつながりを期待した社会福祉の実践が難しくなっている。それを補う対策の一つとして、ソーシャルワークを充実させることが求められている。こうした時代には、支援を目的とするパターンリズムはむしろ望ましいものとなっていくのではなかろうかと述べている。

3.3 当事者主権とは

中西・上野は、介護保険について利用者のニーズにあった支援を行うために、提起した「当事者主権」の考えを介護保険制度に組み込むことを提案している。中西・上野(2003)が提起した「当事者主権」とは、従来から継続されている派生的ニーズよりも当事者の一次的ニーズが最優先されるべきだという規範的立場を指す。制度も政策も、この当事者の一次的ニーズの対応によって検証されなければならないと述べている。また、「当事者主権」の「当事者」とは、「問題を抱えた人々」という意味ではない。当事者の現在の状態を、こうあってほしいという願いに対して不足する部分であり、新しい現実を作り出そうとする構想力を持ったときにはじめて自分のニーズがわかり、人は当事者になる。ここでいうニーズとは、欠乏や不足という意味から来ている。そして、ニーズはあるのではなく、つくられる。ニーズをつくるというのは、もうひとつの社会を構想することである(2003, 中西・上野)。そして、もうひとつの社会を構想するということについて平野(2012)は、当事者が自分と関わる問題について自己決定、発言、行動する時には、必然的に多数派が構築してきた社会や公共性の枠組みが問われることになる。それゆえに社会的実践や教育において、当事者性概念は当事者—非当事者という図式で二項的に語られる傾向にあると述べている。

また、当事者中心の介助サービスの実現のためには、介助認定の廃止を提起し、介助利用を抑制するようなシステムなどない方が良く述べている(2007, 中西)。なぜなら医療保険には要介護認定などない。医療保険制度では何がその患者にとって何が適切かという医療の量と質、それを決定しているのは医者で

あり、医者の特典性とオーソリティーが強い意思決定権を医者に与えているわけである。なぜ、それと同じことが介護ではできないのかロジックを立てることができるはずである。ただし、論理的にはありうる要介護認定は必要ないという意見は、制度設計の過程で一貫して封印されてきた。なぜかという、要介護認定は何が適切な介護なのかを判断しているのではなく、利用料をいくらまで抑えるのかを判断しており、利用料制限であって介護の適切さの判断ではないからである(2011, 上野)。

そして、上野(2011)は、「当事者主権」として介護保険の支給額決定や利用者のニーズにあった支援を行うために以下2つの案を提起している。

- ① ケアマネージャーの報酬単価をもっと上げて、医者・弁護士くらいの社会的な地位と権威と専門性がケアマネージャーに寄与されるようになって、事業者から独立することができること。
- ② 合議制を活用する方法である。例えば、認知症高齢者家族の会は、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等を入れた会議で合議して決めることを提起している。それにより、チームケアで究極のカスタムメイドの個別ケアを行う方法である。

しかし、利用者のニーズにあった支援を行うのには、利用者本人(当事者)からニーズを聞くことが必要である。そのため、当事者からニーズを聞くことに始まり、支援を行わなければならないのだが、上野(2011)は、介護保険の利用者を対象とした調査では、当事者のニーズを聞こうという姿勢を欠いたことや、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等に対する調査の困難から、行政や研究者の怠惰によって、当事者の本当のニーズを聞けずにきたと述べている。その背景には、当事者意識を欠いた高齢者の長きにわたる沈黙があり、利用者が何を求め、何を感じているのかを直接問いかけた調査研究は、介護保険そのものの歴史的な経験が10年経っても、まだ数が少ない。

厚生労働省は、介護保険サービスの準市場化を進め、サービス・プロバイダーを市場競争のもとにおいた。そうでなければどんな商品にもともなう「利用満足度調査」を調査する可能性が生まれる。だが、介護については「利用者満足調査」を行うことが著しく難しい。なぜならば、(1)介護サービスの利用経験が浅く、また(2)サービス提供者に十分な選択肢が供給されていない状況のもとでは、(3)利用者に他と比較するほど十分な被介護体験がなく、かつ(4)提供者に不満を言いにくい状況があるからである(2011, 上野)。

事実さまざまな「利用者満足度調査」の結果からは、以下の2つのことがらを上野は提示している。

- ① 利用者は利用を継続している限りは、サービスに「満足」と答える傾向がある。

- ② サービスの不満があればそれを口にしないが、黙って利用の継続をとりやめる傾向がある。

上野(2011)は、それ以前に「利用者」とは誰なのか？というもっとも根本的な問いがある。介護サービスの利用者は、ほんとうに要介護者本人なのか、それとも家族介護者なのか？介護保険そのものが、高齢者のためより家族のために作られたことを述べている。

そして、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等自分の意思で行動できない対象者の場合、介護をする家族が対象者の代わりにどのようにしてほしいかというニーズをケアマネージャーに伝えるのは家族ということになり、対象者は家族に意思決定を委ねるほかない。

また、「当事者主権」では、当事者自身の一次的ニーズが大切にされるため、当事者自身が決断を下さなければならない。そのため、当事者が「誰とも関わりたいくない」とのニーズを発した場合、人と人の縁が切れてしまう恐れがある。

3.4 パターナリズムと当事者主権の比較での

結論

パターナリズムの特徴は、澤登(1997:p4)は「ある人の行為が他人の利益を侵害するわけではないのに、そのような行為はあなたのためにならないから止めなさいとか、もっとこういうことをしなさいといって干渉すること」と述べている。また、パターナリズムの利点としては、「ワークフェア」が例に挙げられる。「ワークフェア」とは、社会の中での自己の位置づけを失った人々が、国家の社会政策による支援や社会における連帯が生み出す支援によって、自己の位置づけを回復させてもらえる支援が受けられることである(2011, 畑本)。

また、武智(2001)は、弱いパターナリズムとは、ある人が実質的に自己自身の判断を下しえない場合に、保護を加えたり、利益を守ることができる。病気で判断能力が低下しているとき、鬱状態で判断能力が低下しているとき、介入が道徳的に肯定されると述べている。これは、介護の支援にも応用できると考える。その支援の例として、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等の対象者を介助している家族や介助担当者が利用者の代わりに道徳的に介入し、ニーズを把握し、利用者のニーズに即した支援を行ってもらう方法である。パターナリズムの欠点は、侵害原理が発生してしまうところにある。そのため、偶然の事故などにおいて意識せずに自害の行動を取ろうとする人を引きとめることも一種のパターナリズムであるが、こうした干渉でも無思慮に制限されてしまう

恐れがある。

また畑本(2011)は、パターナリズムの批評が行われるのは、本人の意思によらずにその行動に干渉することに結びつくメカニズムが存在するとされることが大きな理由とされると述べており、どのようなものであれ国家による生活への介入は悪しきパターナリズムであるとして批判する学問的傾向が存在していたと述べている。そして、金田(2000)は、国家のどの政策もパターナリズムが完全に払しょくされることはありえないことを認めており、パターナリスティックな福祉国家を全面的に拒否できないから、「共存のために必要な最小限の福祉を問い直すこと」だという結論をくだすと述べている。ゆえに、利用者のニーズにあった支援をパターナリズムだけで行うのは難しいといえる。

しかし、畑本(2011)は、家族形態が多様化し地域社会が弱体化している現代社会においては、従来のインフォーマルな人々のつながりを期待した社会福祉の実践が難しくなっている。それを補う1つの対策として、ソーシャルワークを充実させることにより、現代において支援を目的とするパターナリズムはむしろ望ましいものとなっていくではなかろうかと述べている。

それに対し当事者主権の特徴は、「従来から継続されている派生的ニーズよりも当事者の一次的ニーズが最優先されるべきだ」という規範的立場を指す。制度も政策も、この当事者の一次的ニーズの対応によって検証されなければならない」と述べている(2003, 中西・上野)。また、当事者主権の利点としては、当事者の現在の状態で、こうあってほしいという願いに対して不足する部分(当事者の一時的ニーズ)が反映され、社会の構想に直結することである(2003, 中西・上野)。そのため、当事者からニーズを聞くことに始まり、それらを考慮して当事者のニーズに沿った介護の支援が行われる。これもまた当事者主権の欠点といえる。なぜなら、意思決定のできる利用者には一次的ニーズが適応され、利用者のニーズにあった支援を受けられる可能性が高くなる。ゆえに、意思決定のできる利用者にとっては適応可能である。しかし、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等の対象者には適応しない。そのため、対象者は介助している家族や介護担当者等に意思決定を委ねるほかない。

また、「当事者主権」では、当事者自身の一次的ニーズが大切にされるため、当事者自身が決断を下さなければならない。そのため、当事者が「誰とも関わりたいくない」とのニーズを発した場合、人と人の縁が切れてしまう恐れがある。ゆえに、「当事者主権」だけでは利用者のニーズにあった支援を行うことは難しいといえる。

第 4 章

ドイツ・韓国の介護保険制度の比較およびパターンリズムと当事者主権の国際的な有効性

4.1 ドイツ・韓国の介護保険制度について調査するにあたって

利用者のニーズに沿った介護保険制度の支援を行うために、当事者主権、パターンリズムの比較を行い、これらを参考に利用者のニーズに沿った介護保険制度についての考察を行った。その有効性がドイツ・韓国の介護保険制度にどのように組み込まれているのかドイツ・韓国の介護保険制度の調査を通し行う。

4.2 ドイツ・韓国の運営全般とそれに伴う保険者

ドイツ・韓国の運営全般とそれに伴う保険者について宣(2010)は、韓国では、医療保険制度の運営全般を担っている保険会社が保険者となっており、被保険者の資格管理、保険料の徴収、訪問調査、要介護認定、標準長期療養利用計画書の作成および交付、介護給付費の審査および支給、事業者指定など、介護保険制度にかかわるほぼすべての実務を行っている。ドイツでも医療保険の保険者

である疾病金庫に併設される介護金庫が保険者である。介護金庫は医療保険メディカルサービスを通して訪問調査、要介護認定を行うとともに、保険料の徴収、介護給付などの業務を担当している。ドイツと韓国の共通点は、既存の医療保険の保険者が介護保険の保険者になっており、介護保険業務も兼ねている点である。しかし、同じ医療保険制度活用型の制度設計でありながら、両国には相違点もある。ドイツの場合には、2009 年1月現在で、全国に7種類の疾病金庫があり、それぞれに介護金庫が併設されているが、韓国の場合は保険公団が唯一の保険者となっていると述べている。

4.3 ドイツ・韓国の被保険者と給付対象者

ドイツ・韓国の被保険者について宣(2010)は、ドイツと韓国では、公的医療保険の被保険者が介護保険の被保険者となっている。また、韓国の場合、子どもに扶養されている高齢者等は保険料負担がなく、年齢や職業による被保険者の区分はないと述べている。

また、ドイツの場合、給付のための年齢区分がなく、要介護状態と判定されれば誰でも保険給付を受けられるが、韓国の場合は、原則、65歳以上の要介護高齢者に保険給付が限られていると述べている。しかし、日韓両国では障害者が給付対象者から漏れていることが問題視されていると述べている。

4.4 ドイツ・韓国の要介護認定

ドイツの要介護認定について宣(2010)は、被保険者が介護金庫に認定申請を行う。それを受け、介護金庫は医療保険メディカルサービス(MDK)に訪問調査と判定の依頼をする。MDKの医師または介護専門職が申請者の自宅に訪問し、36の調査項目に基づいて日常生活の援助の必要性などについて訪問調査を行う。なお、認知症の場合は独自の調査となる。MDKは判定結果を介護金庫に報告し、その報告を基に介護金庫が要介護度を最終決定する。要介護度は3段階に分けられる。ドイツでは日本で認定される要介護2以下の軽度者が除外されており、要介護者の範囲が狭く、ドイツの介護保険は、重度の介護を必要とする要介護者

だけを対象とし、韓国の要介護認定の流れについては、ドイツや日本とほぼ同様であると述べている。要介護認定を受ける場合、要介護認定の申請者を主治医意見書を添えて保険公団の窓口申請書を提出する。申請を受けた保険公団は社会福祉士や看護師などの職員を利用者宅に訪問させ、94項目の調査項目に基づいて申請者の要介護状態を調査する。その際は、要介護者の心身の状況だけでなく、介護者の有無や要介護者が置かれている居住環境も調査する。判定は市郡区に設置される等級判定委員会で行われる。要介護認定の基準は全国一律に客観的に定められており、客観的で公平な判定を行うため、コンピュータによる一次判定と（94の調査項目のうち、心身の機能に関わる52項目で判定）、その結果および主治医意見書を総合的に勘案して学識経験者等が行う最終判定の二段階で行う。要介護度は1等級（最重度）、2等級（重度）、3等級（中重度）の3段階となる。

また、以上で述べたドイツ・韓国の要介護時間と要介護認定の区分について表4.1に示す

ドイツ		韓 国	
要介護度	要介護時間	要介護度	要介護等認定基準点数
介護等級Ⅰ	90 分以上	3 等級	55 点以上 75 点未満
介護等級Ⅱ	180 分以上	2 等級	75 点以上 95 点未満
介護等級Ⅲ	300 分以上	1 等級	95 点以上

表4.1 ドイツ・韓国の要介護時間による介護認定区分

出典：宣作成表一部改変

4.5 ドイツ・韓国の介護サービスと保険給付

ドイツの介護保険の給付について宣(2010)は、在宅介護サービスと施設介護サービスに大別される。在宅介護サービスとして現物給付 (in-kind benefit)、現金給付 (benefit in cash)、代替介護、介護補助器具、住宅改造補助、介護講習、介護者のための社会保険があり、施設介護サービスとしては部分施設介護 (Teilstationär Pflege: デイケア、ナイトケア、ショートステイ)、完全入所施設介護 (Vollstationär Pflege)、障害者援助の完全入所施設介護があると述べている。

ドイツが日本と異なる点は、家族介護者への現金給付がある点である。在宅介護を選択した場合、現物給付か現金給付、または両方の組み合わせのいずれかを選択可能である。また、週14時間以上在宅で介護している介護者には、労災保険と失業保険が適用される。さらに、政府による年金保険料の代替負担があり、家族介護者を育成するための介護講習の実施も保険給付の対象となる。

家族介護者に対する現金給付と社会保険の適用は、家族の無償労働 (shadow work) を有償化したことである。このように、介護を有償の社会的労働と位置づけたのがドイツの介護保険の画期的なところである。ただ、日本では適用されているリハビリテーションなどの保健医療サービスは含まれないなど、日本に比べて保険給付の内容は限定的である(宣, 2010)。

一方、韓国の介護保険の給付については、在宅介護サービス、施設介護サービス、特別現金給付の3種類であると述べている。在宅介護サービスとして訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、デイ・ナイトサービス、ショートステイ、福祉用具貸与・販売があり、施設介護サービスとしては老人療養施設、老人療養共同生活家庭がある。また、特別現金給付として、家族療養費、特例療養費、療養病院療養費がある。現在は、介護サービス事業者が不足する離島・僻地の居住者、あるいは要介護者が精神障害、伝染病等により他人との接触を拒否するなどの事情でやむを得ず家族から訪問介護に相当するサービスを受けた場合、その家族に支給される家族療養費のみが保険給付となっている。ドイツの介護手当にも類似しているこの現金給付は日本にはないものである。ただ、現金給付以外のサービスでは、日本に比べて限定的である(2010, 宣)。

4.6 ドイツ・韓国でのパターナリズムと当事者主権の結論

宣(2010)は、ドイツの要介護認定は日本で認定される要介護2以下の軽度者が除外されており、要介護者の範囲が狭く、ドイツの介護保険では、重度の介護を必要とする要介護者だけを対象とすると述べている。ゆえに、日本での介護保険で今後予測される問題点である介護する側において質の良い介護をすると赤字になる恐れがあり、その対策として、手のかかる高齢者を対象としない介助者が増える可能性が危惧されているという問題点は回避されている。そのため、介護を必要とする人を優先的に介護してもらえと考察する。

また、宣(2010)は、ドイツの介護保険の給付について在宅介護サービスと施設介護サービスに大別されると述べている。そして、ドイツは、家族介護者への現金給付がある点が特徴であり、在宅介護を選択した場合、現物給付か現金給付、または両方の組み合わせのいずれかを選択可能である。また、週14時間以上在宅で介護している介護者には、労災保険と失業保険が適用される。さらに、政府による年金保険料の代替負担があり、家族介護者を育成するための介護講習の実施も保険給付の対象となる。

ゆえに、ドイツの在宅介護サービスは、「国が利用者の家族に介助しやすい環境の提供」を行っている。よって、個人のニーズに沿った介護を促進しているため、「当事者主権」に近いといえる。

一方、韓国の場合医療保険制度の運営全般を担っている保険公団が保険者となり、介護保険制度のほぼ全ての実務を行っている。そして、国民健康保険が発行する「標準介護サービス利用計画書」に基づき事業者と契約する。そのため「国が利用者に介入する」というパターナリズムが発生しているといえる。

日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較について表4.2で述べる。

	日 本	ドイ ツ	韓 国
名 称	介護保険法	要介護のリスクの社会的保障に関する法律	老人長期療養保険法
法 律 項 目	14 章 215 条附則 8 条	12 章 122 条	12 章 70 条附則 3 条
法 律 制 定 年 月	1997 年 12 月	1994 年 5 月	2007 年 4 月
法 律 施 行 期 日	2000 年 4 月（保険料徴収、在宅・施設サービス同時実施）	1995 年 1 月（最初に保険料徴収を実施） 1995 年 4 月（在宅サービス） 1996 年 7 月（施設サービス）	2008 年 4 月（要介護認定申請等） 2008 年 7 月（介護給付の提供・保険料の徴収等）
制 度 の 建 て 方	独立型・地域保険型	医療保険制度活用型	医療保険制度活用型
保 険 者	市町村（約 1、800）	介護金庫（約 800）	国民健康保険公団（全国で 1）
被 保 険 者	40 歳以上の医療保険被保険者（65 歳を境に第 1 号・第 2 号被保険者と区別）	公的医療保険加入者	国民健康保険の加入者
給 付 対 象 者	原則として高齢者	すべての年齢層の要介護者	原則として高齢者
要 介 護 度	7 段階（施行時は 6 段階）	3 段階（特に重度を加えると 4 段階）	3 段階
判定機関および方法	介護認定審査会の判定（1 次判定はコンピュータ判定）	MDK（疾病保険のメディカルサービス）の判定	等級判定委員会の判定（1 次判定はコンピュータ判定）
サービス利用方法	ケアマネジャーによる介護計画作成等のケアマネジメントを経て事業者と契約	MDK が作成する要介護の鑑定報告書の介護プランを参考に利用者が事業者と契約	国民健康保険公団が発行する「標準介護サービス利用計画書」に基づき事業者と契約
保 険 給 付	在宅・施設サービス、地域密着型サービス、予防給付	在宅・施設サービス（医療系サービスは除く）	在宅・施設サービス、特別現金給付
現 金 給 付	なし（家族手当あり）	介護手当、代替介護手当	離島・僻地等で家族療養費
要 介 護 認 定 者	約 467 万人（高齢者人口の約 17.0% 程度）〔2009 年 4 月末現在〕	約 211 万人〔2008 年 12 月末現在〕。うち、65 歳以上の要介護者は約 161 万人（高齢者人口の約 9.7% 程度）〔2007 年 12 月末現在〕	約 26 万人（高齢者人口の約 5.0% 程度）〔2009 年 5 月末現在〕
利 用 者 数	約 378 万人（要介護者に占める利用率 81.8%）	約 211 万人（要介護者に占める利用率ほぼ 100%）	約 20 万人（要介護者に占める利用率 78.0%）
利 用 者 負 担	10%（施設入所の食費と宿泊費は給付対象外）	なし（ただし、保険給付は定額制で、それを超える部分は自己負担。施設入所の食費と宿泊費は自己負担）	在宅給付は 15%、施設給付は 20%（施設入所の食費と宿泊費は給付対象外）
財 源 構 成	利用者負担以外は、公費と保険料で 2 分の 1 の負担。公費は国と地方自治体が 50% ずつ負担。2009 年度の第 1 号保険料は全国平均月額約 4,160 円。第 2 号保険料率は 1.19%（協会健保、労使折半）	すべて保険料負担。2008 年の保険料率は全国一律 1.95%（被用者は労使折半、自営業者や年金受給者は全額自己負担）	国庫負担 20%、介護保険料 60～65%、利用者負担 15～20%、2009 年の保険料率は医療保険料の 9.56%（被保険者はその半分の 4.78%〔月額平均 3,250 ウォン〕を負担）。

表 4.2 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較

出典：増田雅暢「世界介護保険」（2008） 法律文化社 p198 一部改編

第 5 章

まとめ

5.1 要約

本論文では、介護保険制度の利点、欠点、今後予測される問題点を明らかにし、パターナリズムと当事者主権の比較を行い利用者のニーズに沿った支援を行うために介護保険制度をどのように組み込むことができるのか調査を行った。

そこで導き出された答えとして、介護保険制度は、厚生労働省が事前調査により定額支給額を決定しており、当事者の現状を把握しないで支給額や時間制約がなされ、介護する側においては質の良い介護をしようとする、赤字になってしまう恐れがある。その対策として赤字を避けるために手のかかる高齢者を対象としない介助者が増える可能性が危惧される。よって、利用者側のニーズに沿った支援を行ってもらえない可能性がある。

そこで、利用者のニーズに沿った介護保険制度の支援を行う方法にパターナリズムと当事者主権がある。これらを参考に利用者のニーズに沿った介護保険制度についての考察を行った。なぜ、今回、パターナリズムと当事者主権に着目したかという、パターナリズムは制度や政策に多く取り入れられており、弱者を支援する政策に活用されているからである。そして当事者主権では中西正司と上野千鶴子が現在の介護保険の問題を改善するために提起された論理である。

パターナリズム、当事者主権の比較を行い、利用者のニーズに沿った支援を行うために介護保険制度をどのように組み込むことができるのか調査を行った結果、パターナリズム、当事者主権ともに単独では利用者のニーズにあった支援を行うことが難しい。なぜなら、どの時代の福祉国家による社会政策も、それらはパターナリズムであるからという理由で批判されるためであり、どのようなものであれ国家による生活への介入は悪しきパターナリズムであるとして批判する学問的傾向が存在していたということである。そして、畑本(2011)は、

新しいパターナリズムには侵害原理を支持しモラリズムの無制限な拡張をけん制するために考案された論理があり、偶然の事故などにおいて意識せずに自害の行動を取ろうとする人を引きとめることも一種のパターナリズムであるが、侵害原理だけでは、こうした干渉でも無思慮に制限されてしまう恐れがある。侵害原理を維持していくには、それを補足するものと限定した上でのパターナリズムを認めていく必要がある。すなわち、「人を本人自身から保護する」のを理由とすることに限定したパターナリズムを主張することによって批判をかわせると述べている。そして、金田(2000)は、国家のどの政策もパターナリズムが完全に払しょくされることはありえないことを認めており、パターナリスティックな福祉国家を全面的に拒否できないから、「共存のために必要な最小限の福祉を問い直すこと」だという結論をくだすと述べている。

当事者主権では、従来から存続されている派生的ニーズよりも当事者の一次的ニーズが最優先されるべきだという規範的立場を指す。制度も政策も、この当事者の一次的ニーズの対応によって検証されなければならない(中西・上野, 2003)。しかし、当事者主権では利用者本人(当事者)からニーズを聞くことが必要であるため、当事者からニーズを聞くことに始まり、支援を行わなければならない。だが、上野(2011)は、介護保険の利用者を対象とした調査では、当事者のニーズを聞こうという姿勢を欠いたことや、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等に対する調査の困難から、行政や研究者の怠惰によって、当事者の本当のニーズを聞けずに来たと述べている。そのため、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等の対象者は他人に意思決定を委ねなければならない。また、当事者が「誰とも関わりたくない」とのニーズを発した場合、人と人の縁が切れてしまう恐れがあるためである。

パターナリズムを利用者のニーズに沿った支援として介護保険に組み込む有効な策として、弱いパターナリズムとソーシャルワークを組み込むことで高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等の対象者を支援するのに有効であるといえる。なぜなら、武智(2001)は、ある人が実質的に自己自身の判断を下しえない場合に、保護を加えたり、利益を守ることができるかと述べている。そして、畑本(2011)は、家族形態が多様化し地域社会が弱体化している現代社会においては、従来のインフォーマルな人々のつながりを期待した社会福祉の実践が難しくなっている。それを補う対策の一つとして、ソーシャルワークを充実させることが求められている。こうした時代には、支援を目的とするパターナリズムはむしろ望ましいものとなっていくのではなかろうかと述べている。これは、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等自分の意思で行動できない対象者の場合の介護の支援に応用することができるのではないかと考察する。

また、当事者主権を利用者のニーズに沿った支援として介護保険に組み込む有効な策として、意思決定のできる利用者には利用者のニーズにあった支援を行ってもらえる可能性が高くなる。なぜなら、当事者主権では、当事者の一次的ニーズが社会の構想に直結し、反映される。そのため、それらを考慮して当事者のニーズに沿った介護の支援が受けられる可能性が高くなるためである。

海外の介護保険の比較では、宣(2010)は、ドイツの要介護認定は日本で認定される要介護2以下の軽度者が除外されており、要介護者の範囲が狭く、ドイツの介護保険では、重度の介護を必要とする要介護者だけを対象とすると述べている。ゆえに、日本での介護保険で今後予測される問題点である介護する側において質の良い介護をすると赤字になる恐れがあり、その対策として、手のかかる高齢者を対象としない介助者増える可能性が危惧されているという問題点は回避されている。そして、介護を必要とする人を優先的に介護してもらえると考察する。

海外(ドイツ・韓国)の介護保険制度の比較およびパターナリズムと当事者主権の国際的な有効性では、ドイツの在宅介護のサービスは、家族介護者への現金給付がある点であり、在宅介護を選択した場合、現物給付か現金給付、または両方の組み合わせのいずれかを選択可能である。また、週14時間以上在宅で介護している介護者には、労災保険と失業保険が適用される。さらに、政府による年金保険料の代替負担があり、家族介護者を育成するための介護講習の実施も保険給付の対象となる。ゆえに、ドイツの在宅介護サービスは、「国が利用者の家族に介助しやすい環境の提供」を行っている。よって、個人のニーズに沿った介護を促進しているため、「当事者主権」に近いといえる。

一方、韓国の場合医療保険制度の運営全般を担っている保険公団が保険者となり、介護保険制度のほぼ全ての実務を行っている。そして、国民健康保険が発行する「標準介護サービス利用計画書」に基づき事業者と契約する。そのため「国が利用者に介入する」というパターナリズムが発生しているといえる。

5.2 本論文で考察するパターナリズムと当事者主権の活用法

パターナリズムと当事者主権の比較を行った結果、パターナリズム、当事者主権ともに単独では利用者のニーズにあった支援を行うことは難しい。しかし、パターナリズムと当事者主権の長所をそれぞれ生かすことにより、利用者のニーズにあった支援を行うことができる。

そこで、上野(2011)が提起している、合議制を活用する方法は、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等を入れた会議で合議して決めると述べている。そして、チームケアで究極のカスタムメイドの個別ケアを行う方法は、利用者にとって適切な介護の質と量を決める合議の場に行政の担当者が入る。そのため、合議制を活用する方法は、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等を入れた会議で合議して決めると述べている。そして、チームケアで究極のカスタムメイドの個別ケアを行う方法は、利用者にとって適切な介護の質と量を決める合議の場に行政の担当者が入る。そのため、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等がそれぞれの介護保険の問題点や現状の把握ができ、それらを考慮して改善策を合議するため、パターナリズムと当事者主権の長所をそれぞれ生かすことができる。ゆえに、利用者のニーズにあった支援を行うことに一歩近づくことができる。

その例として、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等自分の意思で行動できない対象者の場合、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、事業者、行政の担当者等が直接当事者に会い現状を観察し気付いたことや介助している家族の意見を参考にし、介護支援に生かせばパターナリズムは生かされ、チームケアで究極のカスタムメイドの個別ケアを行うことができ、対象者のニーズに近い支援が行える。

また、意思決定のできる利用者には当事者主権を活用し、合議の場に当事者を含めて、当事者の一次的ニーズ(本音)を発言してもらい介護支援に生かせば、究極のカスタムメイドの個別ケアを行うことができ、当事者のニーズに近い支援が行える。

5.3 今後の課題

本稿では、限られた文献の中で介護保険制度の利点、欠点、今後予測される問題点を明らかにし、パターナリズムと当事者主権の比較を行い利用者のニーズに沿った支援を行うために介護保険制度をどのように組み込むことができるのか調査を行い、そこから得られたデータを基に比較を行った。そのため、限られた範囲での文献調査であったため、一般則を表すものとなっていない可能性が残される。

パターナリズムを介護保険制度に組み込み、利用者のニーズに沿った支援を行った場合、畑本(2011)は、本人の意思によらずその行動に干渉することに結びつくメカニズムが存在することが欠点であり、どの時代の福祉国家による社会政策も、それらはパターナリズムであるからという理由で批判される。そして、どのようなものであれ国家による生活への介入は悪しきパターナリズムであるとして批判する学問的傾向が存在すると述べている。そして、新しいパターナリズムには侵害原理を支持しモラリズムの無制限な拡張をけん制するために考案された論理があり、その部分をどのように緩和していくのかが今後の課題である。

そして、武智(2001)は、弱いパターナリズムとは、ある人が実質的に自己自身の判断を下しえない場合に、保護を加えたり、利益を守ることである。病気で判断能力が低下しているとき、鬱状態で判断能力が低下しているとき、介入が道徳的に肯定されると述べている。この指摘に対し畑本(2011)は、家族形態が多様化し地域社会が弱体化している現代社会において、従来のインフォーマルな人々のつながりを期待した社会福祉の実践が難しくなっている。それを補う1つの対策として、ソーシャルワークを充実させることにより、現代において支援を目的とするパターナリズムはむしろ望ましいものとなっていくのではなかろうかと述べているが、適切な配慮がなされた支援を目的とするパターナリズムにどのように展開するのが今後の課題である。

また、当事者主権では、当事者自身の一次的ニーズが大切にされるため、利用者のニーズあった支援を行うのには、利用者本人(当事者)からニーズを聞くことが必要である。そのため、当事者からニーズを聞くことに始まり、支援を行わなければならないのだが、上野(2011)は、介護保険の利用者を対象とした調査では、当事者のニーズを聞こうという姿勢を欠いたことや、高齢者の寝たきり、言語障害、認知症等に対する調査の困難から、行政や研究者の怠慢によって、当事者の本当のニーズを聞けずに来たと述べている。そのため、利用者

のニーズにあった支援を行うには、利用者の本音を聞き出すことが今後の課題である。

また、当事者主権では、当事者自身が決断を下さなければならない。そのため、当事者が「誰とも関わりたくない」とのニーズを発した場合、人と人の縁が切れてしまう恐れがある。その場合、対象となる当事者をどのように支援を行うのが今後の課題である。

参 考 文 献

- 上野千鶴子編, 2011, 『ケアの社会学-当事者主権の福祉社会へ』, 太田出版.
- 上野千鶴子編, 2005, 『老いる準備ケアすることされること』, 学陽書房.
- 落合美砂編/上野千鶴子・福田義也, 2011, 『at プラス 07 思想と活動ケアの社会学入門』, 大田出版, p6-31.
- 落合美砂編/中西正司, 2011, 『at プラス 07 思想と活動ケアの社会学入門』, 大田出版, p55-70.
- 介護福祉士養成講座編集委員会編, 2009, 『新・介護福祉士養成講座 2 社会制度の理解』, 中央法規.
- 金田耕一編, 2000, 『現代福祉国家と自由ポスト・リベラリズムの展望』, 新評社.
- 厚生労働省, 2012, 『平成 24 年度版高齢者社会白書』.
- 厚生労働省, 2003, 『高齢者介護研究会報告書』.
- 厚生労働省, 2011, 『平成 23 年度版高齢社会白書』.
- 厚生労働省, 2010, 『介護保険とは』.
- 厚生労働省, 『要介護認定に係る制度概要』.
- 厚生労働省, 『要介護認定はどのように行われるか』.
- 厚生労働省, 『要介護認定に係る法令』.
- 健康保険組合連合会, 2012 年 12 月 28 日確認, 『医療保険制度の基礎知識』
http://www.kenporen.com/m_knowledge/ .
- 厚生労働省, 『保険診療の仕組み』.
- 厚生労働省, 『医療費患者負担について』.
- 澤登俊雄編, 2005, 『現代社会のパターナリズム』, ゆみる出版.
- 渋谷望編, 2003, 『魂の労働 ネオリベラリズムの権力論』, 青土社.
- 宣賢奎, 2010, 「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」, 共栄大学研究編集第8号, p1-18.
- 武智秀之編, 2001, 『福祉行政学』, 中央大学出版部.
- 中西正司・上野千鶴子, 2003 『当事者主権』, 岩波書店.
- 仁平典宏編, 2009, 「＜シティズンシップ/教育＞の欲望を組みかえる-拡散する＜教育＞と空洞化する社会権-」『自由への問い 5 教育-せめぎあう「教える」「学ぶ」「育てる」』, 岩波書店.

畑本裕介, 2011, 「正しいパターナリズムと不正なパターナリズム-ワークフェアをどう正当化するのか-」, 山梨県立大学人間社会学部紀要 Vol. 6, p1-13.

比嘉宗平, 2000, 「ワークフェア政策の射程-イギリスとデンマークの経験を通じて-」, 立命館法政論集第4号, p329-360.

平野智之, 2012, 「関係性としての当事者性試論:対話学習モデルの検討から」, 人間社会研究収録, p99-119.

増田雅暢編, 2008, 『世界の介護保障』, 法律文化社.

謝 辞

本研究にあたり、ご多忙の中ご指導くださいました国立法人北陸先端科学技術大学院大学の藤波努准教授に謹んで感謝申し上げます。また、研究環境をはじめとして、日頃の研生活全般に関しましては様々なご助言をくださり誠にありがとうございました。

副指導教官の國藤進教授、中間審査の審査員のHo Bao Tu先生、永井由佳里先生吉田武稔先生には研究への有益なご指導とご助言をくださり、心より感謝しております。また、最終審査におきましては、國藤進先生、DAM HIEU CHI先生、吉田武稔先生には貴重なご指導、ご助言を賜り、今後の研究における重要な示唆を頂戴いたしました。

そして、副テーマでご指導いただきました鍋田智広先生には私の研究の糧となるようなご助言、お気づかい、誠にありがとうございました。

最後に、数々の助言をくださいました藤波研究室の皆様に感謝申し上げます。特に、介護という同じ分野の研究でご指導くださいました博士課程の先輩には大いに助けられました。誠にありがとうございました。